LETIȚIA DOBRANICI

SĂNĂTATE MINTALĂ

© Editura Fundației *România de Mâine,* 2008
Editură acreditată de *Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului*
prin *Consiliul Național al Cercetării Științifice*
din Învățământul Superior

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
DOBRANICI, LETIȚIA
Sănătate mintală, Letiția Dobranici – București:
Editura Fundației *România de Mâine,* 2008
Bibliogr.
ISBN 978-973-163-099-1

616.89(075.8)
159.9(075.8)

Reproducerea integrală sau fragmentară, prin orice formă
și prin orice mijloace tehnice, este strict interzisă
și se pedepsește conform legii.

Răspunderea pentru conținutul și originalitatea textului
revine exclusiv autorului/autorilor.

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE–PSIHOLOGIE

LETIȚIA DOBRANICI

SĂNĂTATE MINTALĂ

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
București, 2008

CUPRINS

1. **Sănătatea mintală – Concept. Istoric. Obiective** 9
   - Ce este sănătatea mintală? 9
   - Modele ale sănătății mintale 10
   - Domenii de exprimare ale sănătății 13
   - Scurt istoric al sănătății mintale 14
   - Obiective ale sănătății mintale 17

2. **Despre conceptul de sanogeneză** 18
   - Factori de sanogeneză şi factori de protecție 18
   - Caracteristicile factorilor sanogenetici 18
   - Relația stil de viață – vârstă – sănătate 20
   - Vârsta copilăriei şi sanogeneza 21
   - Adolescența şi stilul de viață 23
   - Vârsta adultă şi adaptarea socială 24
   - Perioada de senectute 27

3. **Stigmatizare şi sănătatea mintală** 30
   - Atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală 31
   - Stigmatizarea şi mass-media 32
   - Direcții în vederea destigmatizării bolnavului psihic 35
   - Strategii de combatere a stigmatizării 37

4. **Stresul şi sănătatea mintală** 39
   - Definirea conceptului de stres 40
   - Clasificarea stresului 42
   - Noțiuni despre fiziopatologia stresului 46
   - Diagnosticarea stresului 48
   - Tratamentul stresului 48
   - Prognosticul şi prevenția stresului 50

5. **Adaptare. Coping. Rezilienţă** 51
- Adaptare/coping 51
- Cum definim adaptarea? 52
- Clasificarea copingului 54
- Despre conceptul de rezilienţă 56
- Ce este reziliența? 56
- Care sunt caracteristicile persoanelor cu rezilienţă crescută? 59

6. **Repere de medicină psihosomatică** 60
- De ce ne interesează? 61
- Etiologie 62
- Tulburările somatoforme. Definiţii şi cadru conceptual 63
- Grupa Tulburări Somatoforme în DSM-IV 63
- Somatizarea şi psihanaliza 64
- Afectivitatea negativă (AN) şi somatizarea 64
- Modele ale somatizării 66
- Exemple de tulburări psihosomatice 67
- Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru factorii psihosociali care afectează condiţia medicală 70

7. **Alcoolismul şi sănătatea mintală** 72
- Scurt istoric despre alcool şi alcoolism 72
- „Mituri" despre alcoolism 73
- Alcoolismul: între viciu şi boală 74
- Efectele consumului de alcool 76
- Consecinţele alcoolismului în cifre 77
- Date epidemiologice şi complicaţii ale alcoolismului 79
- Comorbiditatea sau dublul diagnostic 80
- Screeningul alcoolismului. Detecţia precoce 81
- Să ne reamintim următorii termeni 84

8. **Tabagismul** 85
- Scurt istoric al tutunului 85
- Fumatul: influenţă, efecte şi complicaţii 86
- Farmacologia nicotinei 86
- Efectele nicotinei 87
- Complicaţii medicale 88
- Femeile şi tabagismul 90
- Tabagism pasiv 91
- Tabagism în cifre 91
- Terapia cognitiv-comportamentală şi renunţarea la fumat 95

9. **Obezitatea şi sănătatea mintală** 96
• Ce este obezitatea? 96
• Diagnosticul obezității 97
• Forme de obezitate 98
• Care sunt complicațiile obezității? 98
• Obezitatea la copil şi adolescent 99
• Factori etiologici ai obezității 101
• Cum tratăm obezitatea? 103

10. **Tulburări ale instinctului alimentar** 106
• Definiție şi istoric 106
• Anorexia nervosa 107
• Criterii de diagnostic 107
• Date epidemiologice 107
• Etiologie 108
• Tablou clinic 110
• Consecințe medicale şi psihice 110
• Evoluție şi prognostic 111
• Tratamentul anorexiei nervoase 111
• Bulimia nervosa 112
• Criterii de diagnostic 112
• Date epidemiologice 113
• Etiologie 114
• Tablou clinic 115
• Complicații medicale şi psihice 115
• Evoluție şi prognostic 116
• Tratamentul bulimiei nervosa 116

11. **Tulburările de somn** 117
• Definiția somnului 117
• Tipuri de tulburări de somn 119
• Caracteristicile insomniei 121
• Somnul şi înaintarea în vârstă 121
• Tulburările de somn la copii 122
• Principalele probleme de somn la copil 122
• Măsuri de psihoigienă a somnului 125

Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică. Direcții de intervenție 126

Anexă: Legea 487/2002, Legea sănătății mintale şi a protecției persoanelor cu tulburări psihice 131

Bibliografie 157

1. **SĂNĂTATEA MINTALĂ**
CONCEPT. ISTORIC. OBIECTIVE

• ***Ce este sănătatea mintală?***

Indiferent de criteriile folosite, definirea şi încadrarea noțiunii de sănătate mintală este extrem de dificilă ținând cont de complexitatea conceptului. Există două abordări pentru **definirea sănătății mintale:**

1. folosind **criteriile negative** (lipsa disconfortului, lipsa invalidității, lipsa durerii etc.);
2. folosind **criteriile pozitive** (capacitatea de adaptare la schimbările din mediu, altruism, controlul instinctelor, autonomie, integrare, armonie interioară).

Etimologic, derivă din latinescul *sanitas* – sănătate, *mens* – spirit.
Definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS): „O condiție a unei complete bunăstări fizice, mintale şi sociale, neconstând doar în lipsa unei boli sau infirmități care este starea de sănătate".

Sănătatea mintală poate fi considerată *o rezultantă a interacțiunii dinamice între factorii individuali şi sociali.* Ea *este condiționată de disponibilitățile (calitățile) intelectuale şi afective (înnăscute sau dobândite), care permit individului realizarea, integrarea socială şi autodepăşirea.* Sfera sănătății mintale este mai restrânsă decât cea a normalității, eludând la nivelul individului conotațiile valorice, normative,

statistice şi subliniind latura funcţională, adaptativă a individului. Sănătatea mintală se suprapune domeniului mai restrâns al normalităţii psihologice.

• ***Modele ale sănătăţii mintale***

Există mai multe modele ale sănătăţii mintale:

1. Modelul tradiţionalist – continuumul sănătate mintală – boală
2. Modelul pozitiv care reuneşte abilităţile sociale cotidiene, asertivitatea, autoaprecierea, fără să se specifice condiţia obligatorie a absenţei bolii, sănătatea mintală fiind accesibilă şi unei persoane afectate de o boală (remisă, ameliorată)
3. Modelul funcţional promovează ideea sănătăţii ca echilibru adaptativ dintre individ cu antecedentele şi resursele sale, reţeaua de suport social şi factorii protectivi din mediu.

O altă clasificare a modelelor din perspectivele cărora este privită atât sănătatea mintală, cât şi comportamentele anormale este cea de mai jos:

MODELUL	SĂNĂTATEA MINTALĂ	COMPORTAMENT ANORMAL
psihiatric	abilitatea de satisfacere a necesităţilor instinctuale în limitele impuse de societate	dezvoltarea greşită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoţite de anxietate
comporta-mentalist	adaptare deschisă la stimulii din mediu	adaptare ineficientă prin învăţarea unor comportamente inadecvate şi incapacitate de corectare
umanist	împlinirea tendinţelor naturale faţă de orientarea şi împlinirea de sine	incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalităţii prin blocarea sau distorsionarea acestor tendinţe către auto-mulţumire
existenţial	libertatea de a decide conştient	incapacitatea realizării identităţii adecvate de sine şi a înţelegerii sensului vieţii
interpersonal	realizarea de relaţii interpersonale	rezistenţa faţă de relaţii interpersonale şi acomodare de tip patologic

Coleman şi Broen

Indivizii, şi nu medicii sunt şi trebuie să fie responsabili de starea de sănătate a primilor. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului şi evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul şi responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul şi stilul de viață al fiecăruia.

Din perspectiva psihologilor, sănătatea mintală „optimală" presupune:

Să ne simțim bine cu noi înşine

- să nu ne lăsăm copleşiți de propriile emoții: teamă, mânie, supărare, dragoste, gelozie, furie, vinovăție sau griji;
- să fim capabili să trecem peste necazurile şi greutățile vieții, să facem față „din mers" dezamăgirilor;
- să avem o atitudine optimistă, tolerantă (până la o anumita limită însă) față de noi înşine şi față de alții, să avem simțul umorului şi să putem face haz cu uşurință de propria noastră persoană;
- să ne putem accepta propriile defecte încercând, în acelaşi timp, să le minimalizăm;
- să avem respect pentru propria noastră persoană;
- să ne autoapreciem realist, să nu ne subestimăm calitățile şi capacitățile, dar nici să nu ni le supraestimăm;
- să fim capabili să rezolvam în mod adecvat situațiile care apar în viata noastră;
- să ne bucuram de lucrurile simple, de întâmplările cotidiene plăcute.

Să ne simțim bine împreună cu alții

- să fim capabili să oferim dragoste şi ajutor celorlalți, să ne gândim şi la interesele altora;
- să avem relații personale satisfăcătoare, armonioase şi durabile;
- să iubim oamenii, să avem încredere în ei şi să le arătăm această încredere;
- să respectam valorile şi demnitatea celorlalți, să înțelegem şi să acceptăm faptul că oamenii sunt diferiți;
- să nu-i înşelăm pe alții, să nu ne folosim niciodată de ceilalți pentru a ne atinge scopurile, dar, în acelaşi timp, să nu-i lăsăm pe ceilalți să profite de noi;

- să simțim că facem parte dintr-un grup;
- să fim responsabili față de semeni.

Să putem îndeplini cerințele vieții

- să ne rezolvăm problemele într-un mod constructiv, pe măsură ce apar;
- să ne asumăm responsabilitățile ce ne revin;
- să ne modelăm propriul ambient atunci când se poate şi să ne adaptăm atunci când este nevoie;
- să ne facem planuri de viitor;
- să primim cu bucurie experiențe şi idei noi;
- să ne folosim capacitățile şi talentele;
- să ne fixam țeluri realiste;
- să fim capabili să luăm singuri hotărâri în problemele care ne privesc;
- să fim mulțumiți când depunem eforturi în ceea ce facem, să muncim cât mai bine pentru a realiza ceea ce ne-am propus.

Sănătatea mintală vizează două sensuri:

1. Ca stare subiectivă de bine a unui individ/colectivități
2. Ca obiectiv de sănătate publică:
    - Promovarea valorilor pozitive, a stilurilor de viață care generează starea de sănătate mintală generală
    - Măsurile ce previn stresul colectiv, focarele de tensiune (sărăcie, foamete, conflicte interetnice, religioase)
    - Măsurile care cenzurează promovarea valorilor negative (exemplu, violența prin mass-media)
    - Strategii de igienă mintală în cazul profesiilor cu risc crescut (industria armamentului, navigație, cei cu stresuri decizionale sau suprasolicitări intelectuale crescute care pot dezvolta sindromul de *burnout*).

Psihiatrie şi psihologie clinică şi comunitară	Psihiatrie preventivă (igiena mintală)

• ***Domenii de exprimare ale sănătății***

Privită din perspectivă holistică, sănătatea cuprinde toate domeniile de exprimare ale „soma" şi „psyche".

DOMENIUL **Indicatori/semne**	**SOMATIC** **Sănătate somatică**	**PSIHIC** **Sănătate psihică**
Dispoziții emoționale negative *vs* pozitive	Confort „fizic", satisfacție privind starea actuală	Confort „psihic"; frecvență crescută a sentimentelor pozitive; frecvență scăzută a sentimentelor negative; satisfacție privind starea actuală
Lipsă de energie şi de elan *vs* interes şi nivel de energie ridicat	Abundență de energie; vitalitate, forță fizică, perseverență	Activitate, interes, plăcere de a întreprinde ceva, perseverență
Defensivă *vs* expansivitate	Apărare fizică	Afirmarea sinelui; expresivitate; spontaneitate; realiuarea sinelui
Tulburări funcționale şi ale performanței *vs* performanță optimală şi productivitate	Funcții fizice „optimale" performanță fizică ridicată, capacitate nealterată de a-şi îndeplini rolul social productivitate crescută	Funcții psihice „optimale"; exemplu, comportament, contact cu realitatea, puterea de voință, autocontrol, creativitate, capacitate nealterată de a-şi juca rolurile sociale, productivitate crescută
Concentrare pe sine *vs* transcendența sinelui	Atenție scăzută pentru propriul corp, funcționarea organelor etc.	Atenție scăzută pentru propria persoană (comportament, valori, probleme de sens etc.)
Căutarea unui ajutor, dependență *vs* autonomie	Nu este nevoie de ajutor medical, autonomie, sentimentul de control interior	Nu este nevoie de ajutor psihologic, autonomie, sentimentul de control interior
Sentiment al valorii personale scăzute *vs* ridicat	Acceptarea propriului corp; „mândrie" privind forma sa fizică, încredere în sine	Acceptarea propriei persoane (caracter etc.), stimă de sine crescută

• ***Scurt istoric al sănătății mintale***

10.000 î.e.n. În timpurile preistorice nu exista separare între medicină, magie şi religie. Există dovezi de trepanație craniană făcută încă în epoca de piatră, craniile fiind folosite ca amulete.

2.850 î.e.n. La Memphis, templul lui Imhotep, un mare vindecător egiptean care a fost zeificat, a devenit şcoală de medicină în care pacienții primeau terapie prin somn, terapie ocupațională, excursii pe Nil, concerte, dansuri şi pictură. Teoriile psihiatrice sunt încă private din perspective magică, terapiile de succes fiind atribuite zeilor protectori.

2.000 î.e.n. În Mesopotamia, potrivit codului lui Hammurabi medicii-preoți (Asu) tratau în special tulburările mintale atribuite posesiei demonice (folosind psihoterapia!) în timp ce medicii simpli se ocupau doar de „bolile trupului". Talmudul este plin de comentarii psihologice. Iudaismul sugerează că boala şi nebunia reprezintă pedepse pentru păcate.

Secolul VIII î.e.n. În Grecia, Esculap, un medic eminent, pune bazele primelor „sanatorii" construite în zone deosebit de frumoase, unde pacienții erau tratați prin exerciții, diete speciale şi terapie prin somn.

Secolul VI î.e.n. În India, Buda atribuia gândurile senzațiilor şi percepțiilor, despre care spunea că se combină gradual şi automat în idei. În Grecia, apare celebra expresie „Cunoaşte-te pe tine însuți" atribuită, în funcție de surse, lui Thales sau Solon. În China, Confucius afirma că „învățarea netrecută prin filtrul gândirii este muncă risipită."

460 î.e.n. Hipocrate, născut la Kos, a scris 76 tratate care sunt considerate şi în prezent baza medicinii şi psihiatriei moderne. A descris melancolia, psihoza postpartum, mania, fobia şi paranoia. Hipocrate considera că ideile, gândurile se formează în creier şi nu în inimă, aşa cum se credea până atunci. Tot el este cel care a realizat prima clasificare a personalității în funcție de cele 4 umori (flegmatic, coleric, sangvin, melancolic).

400 î.e.n. Platon a propus o imagine a sufletului ca un car tras de doi cai, unul nobil şi altul mânat doar de propriile lui instincte. Carul sugerează echilibrul fragil între instinctele conflictuale, prefigurând teoria psihanalitică freudiană, superego-id-ego. Platon a discutat şi despre originea viselor, precum şi despre natura sublimării sexuale.

384 î.e.n. Aristotel a arătat importanța eredității. Pitagora a definit comportamentul emoțional şi rațional şi a subliniat importanța voinței personale. Asclepiade a inventat un pat care se balansa şi în care pacienții cu tulburări mintale se relaxau ascultând muzică. El s-a pronunțat împotriva închiderii bolnavilor psihici şi a fost primul care a făcut diferența între halucinații şi iluzii. Tot el a fost cel care s-a pronunțat împotriva sângerărilor ca procedeu terapeutic care a continuat însă şi în următorii 1500 de ani.

Secolul al II-lea e.n. Soranus din Efes a subliniat importanța convalescenței şi a relației medic-pacient. Tot el este cel care a sugerat tratarea pacienților maniacali cu ape alcaline bogate în litiu, tratament care a fost redescoperit pentru tratamentul psihozei maniaco-depresive de către psihiatrul australian John Cade abia în anii 1940!

Românii au axat tratamentul tulburărilor mintale pe terapii plăcute, care cuprindeau băi, masaje, audiții muzicale, odihnă în camere bine luminate. Cicero (aprox. 110 î.e.n) a formulat un interviu complex care cuprindea nu numai datele personale ale pacientului, dar şi întrebări despre trecutul familial, despre muncă, educație, obiceiuri şi evenimente semnificative de viață. Cicero a respins conceptual hipocratic legat de cele 4 umori, că melancolia nu este determinată de bila neagră, ci de furie, frică şi suferință psihică. Areteus a stabilit că episoadele depresive şi maniacale apar la acelaşi individ, fiind separate de intervale de „luciditate". În pragul erei noastre, influența medicilor greci şi români a intrat în declin, fiind reinstalată ideea că boala psihică este consecința furiei zeilor, în acest fel justificându-se arderea vrăjitoarelor în Evul Mediu. Demonologia şi vânătoarea de vrăjitoare a continuat până în secolul al XVI-lea, existând însă şi medici care se opuneau acestor practici şi care propuneau conceptul de boală naturală şi remedii pe bază de plante pentru bolile psihice (Paracelsus, Agripa).

Din păcate, tratamentul inuman al bolnavilor psihici a continuat şi în **secolul al XVII-lea** considerându-se (de către doctori! – precum, Thomas Willis) că dacă bolnavii psihici se comportă ca animalele, atunci ar trebui închişi şi trataţi ca animalele. În acest secol apar azilele private pentru bolnavii mintali, azile în care tratamentul varia în funcție de suma de bani plătită.

Secolul al XVIII-lea cunoaşte o dezvoltare a structurilor construite pentru bolnavii psihici, internarea lor nefiind posibilă decât în urma eliberării unui certificate care să confirme „nebunia" – în Anglia. Totuşi, tratamentele de tip scufundarea în apă, rotirea pe un scaun până la amețire, închiderea, legarea şi izolarea pacienților, dietele cu vomitive şi clismele continuau să fie prescrise şi susținute. Cel care a revoluționat spitalele din Franța şi a început reforma umanitară a fost Pinel (1745-1826), care a militat împotriva legării pacienților. Această abordare umanitaristă este continuată de William Tuke, de fiul său Henry şi de nepotul său, Samuel în York.

Abia spre sfârşitul secolului al XIX-lea, în 1881, cu ocazia celei de-a 40 aniversări a Asociației Medico-Psihologice, s-au exprimat următoarele principii ale Asociației Superintendenților din Instituțiile Americane pentru Bolnavi psihici:

- Nebunia este o boală care poate afecta pe oricine.
- În majoritatea cazurilor, se înregistrează mai multe succese în tratarea pacienților în structuri special organizate, decât acasă.
- Aglomerarea secțiilor este un rău de o importanță capitală.
- Nebunul nu ar trebui niciodată închis în închisori.

Emil Kraepelin (1855-1927) produce prima clasificare a bolilor mintale care stă la baza actualelor sisteme de diagnostic. Alfred Meyer (1866-1950) considera că pacientul psihic ar trebui consultat în mediul său. Soția sa a devenit ceea ce mai târziu vom numi asistent social, făcând vizite la domiciliul pacientului şi înregistrându-le obiceiurile. Ea a fost cea care a susținut importanța conversației cu pacientul.

- ***Obiective ale sănătății mintale***

    - Diminuarea incidenței şi prevalenței bolilor psihice
    - Diminuarea mortalității asociate bolilor psihice
    - Ameliorarea severității problemelor secundare ale bolilor psihice (funcționare socială slabă, comorbiditate)
    - Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri
    - Reducerea stigmatizării bolnavilor psihici
    - Protejarea drepturilor şi demnității suferinzilor de afecțiuni psihice
    - Promovarea aspectelor psihologice din îngrijirea primară
    - Creşterea calității vieții
    - Acțiuni de *advocacy* pentru creşterea toleranței față de suferința psihică
    - Prevenția în grupurile de risc
    - Asistența bolnavilor cu evoluție cronică

2. **DESPRE CONCEPTUL DE SANOGENEZĂ**

• ***Factori de sanogeneză şi factori de protecţie***

Prin factorii de sanogeneză se înţeleg totalitatea factorilor individuali sau de grup, exogeni şi endogeni care produc, menţin şi promovează evoluţia stării de sănătate mintală a individului sau a grupurilor de indivizi. Există o suprapunere parţială a factorilor sanogenetici peste factorii de protecţie ai stării de sănătate mintală. În timp ce factorii de sanogeneză şi produc sănătatea mintală, factorii de protecţie se rezumă la menţinerea sau favorizarea acesteia. **Factorii sanogenetici** sunt, în primul rând, factori exogeni, în timp ce **factorii de protecţie** sunt legaţi de factori endogeni, care cuprind:

- Constituţia biopsihică
- Temperament, tip caracterial
- Ereditate
- Capacitatea de adaptare la mediu

• ***Caracteristicile factorilor sanogenetici***

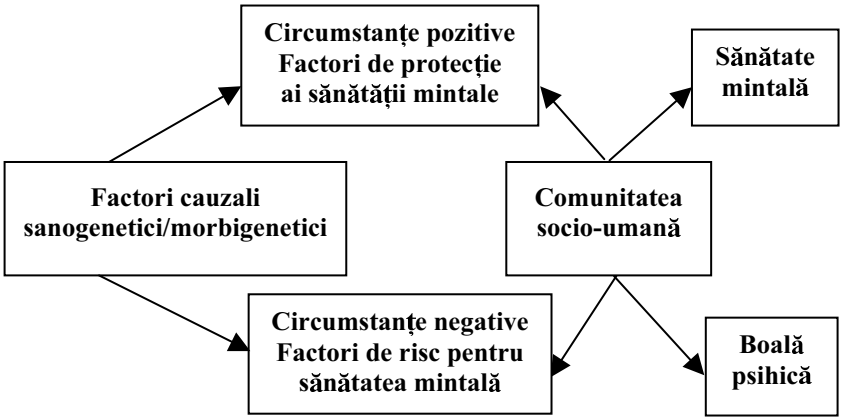
- Produc şi menţin starea de sănătate mintală
- Acţionează din exterior asupra individului sau grupului de indivizi
- Sunt corelaţi cu circumstanţele pozitive care favorizează acţiunea lor sanogenetică

În opinia lui P. Deniker, Th. Lemperiere şi J. Guyot, factorii sanogenetici cuprind: factori ecologici exogeni (exemplu, factori meteo-climatici, factori demografici), factori socio-economici şi culturali (exemplu, habitat, mediu familial, nivelul de educaţie, nivelul cultural, tradiţie, religie, învăţământ, factori profesionali, economici, sociali). În ceea ce priveşte **circumstanţele pozitive**, acestea sunt exemplificate prin: nivelul de trai crescut, acţiuni profesionale conforme cu aptitudinile, alternarea activităţilor profesionale cu distracţiile, alimentarea raţională, grup familial organizat, cultivarea valorilor sociale şi cultural morale pozitive, adaptarea pozitivă, igiena somnului etc.

La celălalt pol al ecuaţiei sănătate mintală-boală psihică se află **factorii de morbigeneză psihică** şi **circumstanţele negative** care pot să conducă la tulburarea stării de sănătate mintală şi la apariţia de boli psihice. Aceşti factori pot fi:

- Factori personogenetici (care ţin de individ)
- Factori demogenetici (care ţin de grupul socio-uman)
- Factori ecogenetici (care ţin de mediul ambiant)
- Factori socio-genetici (care ţin de mediul social)
- Circumstanţe negative (exemplu, suprasolicitarea profesională, dezorganizarea grupului familial, alcoolism, toxicomanii, carenţe educaţionale, presiuni sociale, modele diferite de sistemul tradiţional)

Mecanismele de acţiune ale tuturor acestor factori sunt schematizate astfel:



• ***Relația stil de viață – vârstă – sănătate***

Termenul de „stil de viață sănătos" a început să fie folosit din 1980, atât de către Organizația Mondială a Sănătății, cât şi de Centrul de Control al Bolilor din Atlanta –, Statele Unite, pentru a numi grupul de comportamente care reduc riscul de rănire, morbiditate şi mortalitate şi care cresc şansele unei stări de bine şi a stării de sănătate. Comportamentele care cresc sau prejudiciază starea de sănătate includ:

- Obiceiuri alimentare
- Exercițiu fizic
- Fumat
- Consum de alcool
- Folosirea drogurilor
- Practici sexuale
- Obiceiuri legate de somn, orar de somn
- Igiena personală
- Folosirea măsurilor de siguranță în trafic
- Alte obiceiuri specifice anumitor grupuri de populație (folosirea cremei de soare) etc.

Conceptul de „stil de viață" este folosit şi în alte contexte, o definiție complexă fiind aceea de „mod distinct de viață definit ca un set de modele de comportament, care apare cu aceeaşi constanță într-o perioadă de timp" (Elliot, 1993). Din această definiție se înțelege că „stilul de viață" nu încearcă să definească totalitatea comportamentelor individului, existând trei aspecte care fac ca stilul de viață să fie un comportament specific:

1. constanța (sau stabilitatea relativă) în timp,
2. să se supună unui anumit model,
3. să aibă expresivitate (să aibă o anumită semnificație pentru sine şi pentru ceilalți).

„Stilul de viață sănătos" este acel stil de viață care demonstrează, în studii epidemiologice sau în alte tipuri de cercetare, că previne bolile şi favorizează starea de sănătate. La celălalt pol se află conceptul de „comportament de risc" sau „stil de viață nociv",

referindu-se la comportamente voite care cresc riscul de rănire sau boală (Irvin, 1990).

Deşi stilul de viaţă a unei persoane este privit ca rezultatul alegerilor individuale, controlabile, s-a demonstrat că factorii sociali şi de mediu exercită o influenţă substanţială asupra acestuia.

• ***Vârsta copilăriei şi sanogeneza***

Psihoigiena copilului începe cu măsurile aplicate femeii gravide. Personalitatea şi starea emoţional-afectivă, metabolismul, ritmul somn-veghe sunt aspecte esenţiale legate de dezvoltarea ulterioară a viitorului copil, precum şi de perioada de embriogeneză. În acest sens, o deosebită valoare prezintă următoarele aspecte:

- statutul marital al femeii gravide;
- modul în care aceasta a conceput copilul;
- dorinţa femeii de a avea sau nu copii;
- sănătatea fizică şi psihică a viitoarei mame;
- anturajul familial, social şi profesional al femeii;
- modul de alimentaţie al gravidei,
- utilizarea de alcool, cafea, tutun, droguri, medicamente etc.;
- afecţiuni intercurente (infecţioase, toxice, traumatisme, boli psihice etc.), care pot afecta cursul sarcinii;
- tratamente urmate de femeie în cursul sarcinii, care pot avea efecte asupra copilului; încercările nereuşite de întrerupere a cursului sarcinii.

O atenţie deosebită trebuie acordată momentului naşterii, dat fiind faptul că acesta poate aduce adesea complicaţii neplăcute atât pentru viitoarea mamă, cât şi pentru copil. În acest sens, măsurile de psihoigienă care se impun sunt următoarele:

- pregătirea psihologică a femeii în vederea naşterii;
- pregătirea femeii pentru a primi statutul de viitoare mamă;
- pregătirea şi asigurarea unor circumstanţe pozitive ale momentului naşterii;

- îngrijirile emoțional-afective speciale din perioada de lactație;
- instituirea unei atmosfere de calm, de echilibru, favorabilă mamei şi copilului.

Măsurile de sanogeneză care se impun a fi aplicate copilului diferă în raport cu vârsta acestuia. Pentru adecvarea lor sunt stabilite trei perioade: nou-născutul (0-1 an), copilul mic (1-3 ani), preşcolarul (4-7 ani).

Psihologia nou-născutului (0-1 an) trebuie să țină seama de următoarele aspecte: țipătul de la naştere al copilului este un indiciu de sănătate, dar totodată el exprimă şi suferința provocată de intrarea în joc a primelor reflexe şi instincte; apariția unor obiceiuri caricaturale rele, cum ar fi sugerea degetului, capriciile, încăpățânările, atacurile de mânie, plânsul. Copilul se dezvoltă în funcție de relațiile dintre părinți, de relațiile dintre el şi părinții săi, de atmosfera emoțională din casă.

Psihologia copilului mic (1-3 ani) are în vedere următoarele aspecte: existența tulburărilor digestive, a colicilor, a apariției dinților; jocurile; relațiile cu ceilalți, cu adulții, cu frații, cu copiii; imitația.

Psihologia copilului preşcolar (4-7 ani) trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte: integrarea acestuia în grupul familial, relațiile diferențiate cu părinții, relațiile diferențiate cu frații, relațiile diferențiate cu celelalte rude, începerea primelor forme de educație instituționalizată.

Un rol important în igiena mintală a copilului îl au câteva aspecte particulare, cum sunt:

- psihotraumatismele emoțional-afective, carențele sau frustrările;
- formarea complexelor;
- defectele de educație în raport cu dezvoltarea emoțională şi formarea personalității;
- influența pozitivă sau negativă a modelelor asupra copiilor (părinți, frați mai mari, bunici, alte rude sau alte persoane);
- jocurile;
- activitatea în familie.

Riscul de îmbolnăvire psihică între 0 şi 18 ani	
Vârsta / stadiul de dezvoltare	Tipul de tulburări psihice
0-1,5 (oral)	**Autism, depresie, tulburări polimorfe de somn**
1,5-3 (anal)	**Negativism, constipaţie, coşmaruri, timiditate**
3-5 (oedipian, genital)	**Fobii, coşmaruri, diferite tulburări de vorbire, enurezis, encoprezis**
6-11 (de latenţă)	**Dificultăţi şcolare, obsesii, simptome de conversiune, ticuri**
12-18 (maturizare sexuală)	**Tulburări de identitate, anorexie mintală, schizofrenie, comportament delictual**

• ***Adolescenţa şi stilul de viaţă***

Pentru a defini adolescenţa anumite criterii sunt relevante (exemplu, caracteristici sexuale secundare, abilităţi cognitive, criterii sociale, vârstă). Potrivit lui Adams şi colab, 1994 – adolescenţa acoperă perioada 11-20 ani, făcându-se distincţie între:

- perioada adolescenţei timpurii (11-14 ani);
- adolescenţa medie (15-17 ani);
- adolescenţa târzie (18-20 ani).

Nu există un consens general cu privire la definiţia adolescenţei. OMS defineşte adolescenţa ca perioada dintre 10 şi 19 ani. În această perioadă sunt conturate stilurile de viaţă prin interacţiunea factorilor culturali, sociali, psihologici, fiziologici şi biologici.

În timpul adolescenţei apar numeroase comportamente nocive (morbigenează). Dacă în copilărie copiii sunt în mod normal activi fizic şi nu folosesc decât rareori tutun, alcool sau droguri, la sfârşitul adolescenţei se înregistrează un procent semnificativ de adolescenţi care sunt sedentari, folosesc substanţe adictive. O mare parte dintre ei sunt activi sexual, dar nu folosesc mijloace de protecţie, supunându-se riscului sarcinilor nedorite, bolilor transmise sexual, printre care şi HIV – SIDA. Datele OMS arată că procentul fumătorilor şi al celor care consumă alcool creşte semnificativ în adolescenţă. În acelaşi

timp, în această perioadă de viață creşte numărul comportamentelor de risc, adolescenții renunțând să poarte cască de protecție, centură de siguranță, consumând alcool la volan, nerespectând limita de viteză, făcându-şi tatuaje sau piercing fără respectarea unor măsuri minime de igienă etc. Efectele acestor comportamente nocive sunt de scurtă şi lungă durată. Se desprinde, de aici, importanța promovării comportamentelor sanogenetice în perioada adolescenței, lucru care se poate realiza prin mass-media şi programe educaționale în şcoală şi comunitate. Eficiența acestor programe, deşi modestă, justifică includerea lor în planurile de sănătate publică şi mintală a fiecărei țări (modulul prevenție).

• ***Vârsta adultă şi adaptarea socială***

Se consideră că vârsta adultă este cea a deplinei armonii psihice, biologice şi sociale a individului. În această perioadă, individul bine adaptat se realizează la maximum: tendințele sale şi-au găsit căile de manifestare, iar rezultatele sunt stabile, sigure, constante şi continue. Dispar ardoarea, neliniştea, entuziasmul, modul excesiv şi exaltat care fac ca realitatea să fie percepută deformat în timpul adolescenței, în locul lor apar sinceritatea, seriozitatea, rațiunea.
Viața profesională absoarbe întreaga activitate a adulților. Cariera s-a desenat şi îşi urmează cursul. Ea îi oferă individului echilibru, seninătate morală şi sănătate psihică. Constanța este principiul psihoigienei. La această vârstă, experiența proprie este utilizată şi se aprofundează. Apar simțul datoriei şi dorința de a obține rezultate din ce în ce mai bune. La adult se constată dorința de a se remarca, de a obține compensații, dar şi un statut de distincție profesională.
Un alt aspect legat de această vârstă îl constituie nivelul economic Dorința de a face avere este unul dintre mobilurile cele mai puternice ale activității umane, ea având semnificație atât pentru sine, cât şi pentru cei din jur. Problema nivelului economic este legată de cea a instinctului de proprietate. Uneori însă, când dorința de „a avea" se combină cu egoismul, cu „a acapara", ea se centrează exclusiv pe propria persoană, devenind avariție. Teama de viitor şi nesiguranța obligă individul la acumulări de resurse materiale şi financiare adesea

nejustificate. În această privință, un aspect cu valoare în psihoigienă este dat de „asigurările obligatorii", ca suport al stării de încredere şi, implicit, al unui echilibru securizant pentru starea de sănătate mintală. Tot la vârsta adultă, structura morală a individului se află în raport direct cu starea de sănătate mintală având în vedere următoarele:

- Conservarea tendinței de a câştiga
- Necesitatea de a limita realist dorințele proprii
- Necesitatea de a se asigura pe sine şi pe ai săi față de eventualele situații critice etc.
- Necesitatea de a evita riscurile vieți: sau de a găsi soluții de rezervă.

În ceea ce priveşte evoluția personalității, se consideră că la adult personalitatea este complet formată, iar evoluția acesteia încheiată. Cu toate acestea, apar şi elemente noi: ambiția de a menține un echilibru între viața psihică şi rezultatele activității; vanitatea, posturile avantajoase, premiile, distincțiile, favorurile, stima, recunoaşterea meritelor, superioritatea, reputația.. Este perioada în care persoana este foarte vulnerabilă la jigniri, eşec, devalorizare. Aşadar, viața adultului este o competiție care se desfăşoară permanent sub semnul imperativului luptei şi al responsabilității. În această dinamică, viața oscilează între succese şi eşecuri, ambele marcând profund viața şi activitatea, comportamentul şi mentalitatea, existența emoțional-afectivă ale adultului. Aceste aspecte sunt direct implicate în starea de sănătate mintală, iar cunoaşterea lor este esențială în ceea ce priveşte obligativitatea instituirii măsurilor de igienă mintală cu valoare psihoprofilactică. Prin urmare, trebuie să se aibă în vedere stabilirea unei balanțe între:

POSIBILITĂȚI – NIVELUL INTELECTUAL – COMPETENȚA PROFESIONALĂ şi **SARCINI – SITUAȚII – REZULTATE.**

Un rol major în acest proces revine Eului individual, forței acestuia şi capacității de adaptare plastică la sarcini şi la situații.

Eşecul ***şi*** **succesul** reprezintă nu numai două situații, ci şi două direcții de viață, două atitudini ale individului. Prima implică angoasă, nehotărâre, un Eu slab; cea de-a doua – curaj, hotărâre, fermitate, un Eu puternic**.** Aceste aspecte se pot observa în schema de mai jos, aşa cum arată C. Enăchescu, 2004.

CURAJ	ANGOASĂ
Impuls creator	Inhibiție
Realizări	Erori
SUCCES	EŞEC
recompensă	pedeapsă
satisfacție	culpabilitate
Hipertrofia Eului Realizare de sine, demnitate, autoritate	Autonegarea Eului Sentimentul nerealizării de sine, complexe de inferioritate
SĂNĂTATE MINTALĂ OPTIMĂ	BOLI PSIHICE, ALCOOLISM, SUICID etc.

Ambele situații (de **eşec** sau **succes**), afirmă autorul, sunt direct legate de ***Eul INDIVIDUAL***, iar acesta, la rândul său, influențează producerea acestor situații. Atât eşecul, cât şi succesul contribuie la perfecționarea Eului, precum şi a Supra-Eului moral şi social ale individului. Distingem două direcții, care corespund atât naturii Eului, cât şi sensului de evoluție a stării de sănătate mintală a persoanei:

1. un tip de ***Eu pozitiv,*** solid, echilibrat, adaptativ situațiilor vieții, ca rezultat al educației, culturii intelectuale şi morale, al educației şcolare, sociale şi religioase; aceasta este condiția succesului;
2. un tip de ***Eu negativ,*** slab, instabil, neechilibrat, incapabil de a se adapta la situațiile vieții trăite, datorat fie unor ambiții personale neconforme cu posibilitățile individuale, fie unui model educațional, moral negativ, fie unui model artificial, ireal, în care au valoare experiențele din cursul copilăriei, carențele educative sau afective, imitația exemplelor rele, situații conflictuale sau refulările anterioare; toate acestea configurează posibilitățile eşecurilor şi o stare de sănătate mintală precară sau chiar alterată.

• ***Perioada de senectute***

Ca ultimă etapă a ciclului existenței umane, detestată de mulți, considerată de alții ca vârstă a înțelepciunii, a înțelegerii şi acceptării sensului vieții, bătrânețea este mai întâi de toate o vârstă la care se petrec o serie de modificări profunde în viața omului, la care acesta este nevoit să se adapteze. Este bine cunoscut faptul că, în ultimul timp, ne confruntăm cu un fenomen de îmbătrânire demografică (creşterea relativă şi absolută a proporției numărului bătrânilor). Odată cu creşterea duratei mediei de viață, odată cu creşterea numărului de persoane vârstnice s-a ridicat şi procentul de îmbolnăviri psihice la acest grup populațional în comparație cu vârstele mai tinere. Printre cele mai frecvente tulburări psihice existente în rândul persoanelor de vârsta a treia se numără depresia şi anxietatea.

Există multiple stereotipuri generatoare de atitudini negative față de bătrâni şi bătrânețe, creându-se imaginea bătrâneții ca fiind plină de nenoroc şi nefericire. Este adevărat că bătrânii au de-a face cu multe probleme – boală, sărăcie, depresie, sentimente de inutilitate – oricum, însăşi societatea cauzează sau exacerbează aceste probleme. Aceste probleme trebuie recunoscute şi acceptate, dar trebuie menționat că teama noastră irațională de bătrânețe şi stereotipurile negative nu sunt bazate pe o imagine reală a bătrânului „tipic"(dacă acesta există). Cei mai mulți bătrâni nu sunt izolați de familiile lor, nu sunt bolnavi sau senili, nu au sentimente de inutilitate. Trebuie să facem să dispară stereotipurile despre bătrânețe ca fiind o vârstă de nefericiri sau o senină „vârstă de aur".

Cum determinăm dacă cineva este tânăr, de vârstă mijlocie sau bătrân? Vârsta cronologică este desigur o bază pentru a face aprecieri asupra etapei de vârstă a unui individ. În unele situații, societatea poate defini vârsta în termeni cronologici formali. Vârsta cronologică este un indicator dur pentru felul în care un individ este, având în vedere că ea nu reflectă decât parțial procesele biologice, psihologice şi sociologice care definesc cu adevărat etapele vieții. Într-adevăr, este păcat că stereotipizăm (sau etichetăm) atât de mult oamenii în funcție de vârstă. Astfel de categorii precum „vârsta de mijloc" sau „bătrânețea" sunt

constructe sociale bazate pe o mare varietate de standarde definite social. Funcțional, bătrânețea poate fi definită ca o schimbare substanțială a capacității individului de a contribui la muncă și la protecția grupului. Această capacitate funcțională este determinată de percepția socială a „utilității" calităților și abilităților bătrânilor, și aici diferențele culturale au o mare importanță în definirea bătrâneții. Se pare că există un acord la nivelul opiniei publice cu privire la definirea categoriilor de vârstă. Neugarten și asociații săi (1965) au arătat că cei mai mulți adulți (de vârstă medie) definesc tinerețea între 18 și 24 de ani, vârsta mijlocie între 40 și 50 de ani și bătrânețea între 65 și 70 de ani. Vârsta cronologică ne spune însă puțin despre individ, iar vârsta, însăși, este un construct social. Multe aspecte pot fi implicate în „a se simți bătrân", de la părul alb și riduri până la pensionare și văduvie. A spune că „ești atât de bătrân pe cât te simți" înseamnă să recunoaștem că vârsta este mai mult decât o chestiune care ține de ani.

Tulburările psihologice din perioada bătrâneții

Ca și alte grupe de vârstă, bătrânii pot și ei să sufere de tulburări psihice. Unele tipuri de probleme psihice par să crească în incidență odată cu vârsta. Rata spitalizărilor pentru probleme psihologice crește cu vârsta. Problemele psihologice prevalează printre cei cu vârste înaintate (peste 75) și cei cu probleme fizice. Ratele sunt mai mari pentru văduvi decât pentru cei căsătoriți, și cele mai mari pentru cei separați sau divorțați. Cea mai comună problemă printre bătrâni este depresia. Simptomele tipice sunt, deopotrivă, psihologice – tristețe, dezinteres, pesimism, dificultate în luarea deciziilor – dar și fizice – oboseală, pierderea apetitului, insomnii. Depresia are un caracter episodic și poate varia considerabil în ceea ce privește severitatea și durata. Adaptarea la pierderile prin care pot trece – văduvie, pensionare, dificultăți sexuale, boli fizice – solicită o enormă cheltuire a energiei fizice și emoționale. Aceste probleme mentale pot conduce la creșterea izolării sociale (Loventhal, 1964). Aceste multiple pierderi se pot concretiza într-o serie de reacții emoționale comune, precum vinovăție, singurătate, depresie, anxietate, neajutorare, furie și să conducă, eventual, la probleme mentale, funcționale. Reacțiile paranoide sunt cea de-a treia problemă funcțională pentru bătrâni. Acestea sunt

în genere mai puțin grave decât la tineri şi pot reprezenta încercări „de a da sens" deficienţelor senzoriale. Reacţiile paranoide răspund la tratament. A treia problemă este ipohondria, care presupune o preocupare intensivă pentru funcționarea corpului. Aceasta creşte cu înaintarea în vârstă şi este mai comună pentru femei decât pentru bărbați.
Tulburările psihice organice reprezintă aproape jumătate dintre tulburările mentale ale bătrânilor, dar proporția creşte cu vârsta. Sindroamele psiho-organice pot implica tulburarea funcțiilor cognitive, incluzând memoria, învățarea, vorbirea şi orientarea în mediu şi poate fi asociată cu anxietatea, depresia, euforia, ideile delirante şi alte simptome. Aproximativ 10-20% dintre tulburările „organice" sunt reversibile, implicând dereglări temporare cauzante: diabetul, deficienţe de vitamine, alcoolism. Funcționarea completă poate fi restabilită în astfel de cazuri, dar cel mai adesea există o lipsă de atenţie în diagnosticarea şi tratamentul acestor probleme reversibile, şi o tendinţă de a-i considera pe aceşti pacienți mai în vârstă „doar senili" (Butler, 1975).

Cei mai importanți factori care afectează starea de sănătate în general şi cea a sănătății mintale în particular sunt: pensionarea, văduvia, izolarea/singurătatea, comorbiditățile somatice, deficitele senzoriale (auzul şi văzul slab), tulburările de mişcare prin boli musculo-scheletale şi articulare.

3. **STIGMATIZARE ŞI SĂNĂTATEA MINTALĂ**

Termenul „*stigma*” derivă din limba greacă şi se referă la semne corporale desemnate să exprime ceva neobişnuit şi nefavorabil despre statutul moral al semnificatului; asemenea semne erau cicatrici corporale care semnificau faptul că acela care le avea era un sclav, un criminal sau un trădător, cineva care trebuia evitat, în special în public. Folosirea convențională contemporană a conceptului de stigma implică noțiunea unei caracteristici care discreditează persoana respectivă.

Cei mai mulți dintre noi capătă prejudecăți privind boala psihică din timpul micii copilării şi dobândesc anumite expectații; în timp ce imaginația bogată a acestei vârste dezvoltă pe baza unor informații neclare cu un conținut amenințător, conducând la anumite tipuri de expectații privind boala psihică. Asemenea expectații şi convingeri sunt de obicei reafirmate şi consolidate prin interacțiunile sociale ulterioare. De altfel, limbajul privitor la sănătatea mintală a fost integrat în discursul public într-o manieră care stigmatizează explicit – folosirea unor cuvinte ca „dement”, „maniac”, „diliu”, „sisi”, „sonat” – prin acestea denigrându-i pe cei bolnavi şi întregul domeniu al sănătății mintale.

Nucleul stigmatizării bolnavilor psihici şi al acelor care îi îngrijesc cuprinde câteva convingeri.

CONVINGERE	MĂSURI NECESARE
Boala psihică – boală falsă Boală simulată Acuze exagerate Evitarea responsabilităţilor	Bolnavii trebuie făcuţi responsabili de acţiunile lor şi trebuie să li se nege ipostaza de suferinzi (rolul de bolnavi)
Bolnavul psihic • este periculos • este contagios • dă dovadă de slăbiciune • este vinovat	Control, custodie, disciplină Izolare Respingere – necesită autocontrol Trebuie făcut responsabil şi pedepsit

(Anthony Clare)

• ***Atitudinea faţă de persoanele cu probleme de sănătate mintală***

Lipsa unor markeri obiectivi pentru boala psihică este un factor care contribuie foarte mult la persistenţa convingerii că boala psihică nu este o boală reală, spre deosebire de boala somatică. Dintre diferitele prejudecăţi, aceea că bolnavul psihic este violent apare probabil ca cea mai tenace şi contribuie în parte la virulenţa şi persistenţa altor aspecte ale stigmatizării. Acest mod de a percepe boala psihică datează de foarte mult timp. O parte importantă a istoriei psihiatriei este o istorie a detenţiei, imaginile noastre despre nebunie – derivate din istorie – consolidează ideea bolii psihice ca stare incipientă, latentă de reală violenţă. Chiar cuvântul „balamuc", denumind primele instituţii psihiatrice este definit ca fiind „un loc de haos, ţipete şi agitaţie". Marea dimensiune a spitalelor psihiatrice e un nou fenomen spectaculos al secolului al XIX-lea, deşi a reprezentat o revoluţie în psihiatrie prin recunoaşterea suferinţei psihice ca boală şi, ca atare, recunoaşterea necesităţii tratamentului şi îngrijirii într-o instituţie medicală, nu au reuşit totuşi să reducă teama şi ignoranţa în ceea ce priveşte suferinţa psihică.

În ciuda beneficiilor clinice şi terapeutice oferite de aceste azile, principalul dezavantaj era reprezentat de dimensiune, izolare şi atmosfera rece (azilară). Azilul, privit cu intoleranţă şi dezinteres de-a lungul anilor ca o „ladă de gunoi", a ajutat la menţinerea în conştiinţa publică a noţiunilor de control, custodie, cronicitate, reprimare şi a temerilor de contaminare şi violenţă. Multe din asemenea spitale au devenit supraaglomerate, cu personal redus şi au fost excluse din categoria instituţiilor medicale. Odată cu declinul spitalului de psihiatrie şi dezvoltarea simultană de unităţi acute de psihiatrie din cadrul spitalelor generale, ca şi dezvoltarea psihiatriei comunitare, au apărut speranţe că stigmatizarea bolilor psihice poate fi redusă şi eventual eliminată. Este cazul ţărilor dezvoltate, în care tulburările psihice au devenit o patologie vizibilă şi în care serviciile de asistenţă au cunoscut, în ultimii 20 de ani, o schimbare spectaculoasă. Cu toate acestea, în multe ţări precum SUA, Marea Britanie, unde închiderea marilor spitale s-a făcut relativ rapid şi nu întotdeauna au fost simultan dezvoltate suficiente servicii de îngrijire alternative, s-a constatat o accentuare a temerilor privind asocierea dintre boala psihică şi violenţă şi teama că o mare parte din beneficiile privind educaţia marelui public şi implicarea mai intensă a mass-mediei în realizarea unei imagini pozitive a bolii psihice ar putea fi compensate de o cerere pentru un mai mare control al pacienţilor psihici în comunitate.

• ***Stigmatizarea şi mass-media***

Atitudinile populaţiei sunt în general influenţate de mass-media şi sunt susceptibile să se schimbe în funcţie de acestea. Mass-media constituie o colecţie disparată care include nu numai televiziunea şi radioul ci şi cinematografia, publicitatea, ziarele, revistele. Mai multe studii recente sugerează faptul că atitudinile populaţiei devin favorabile, în sensul că mai multe persoane recunosc faptul că au un bolnav psihic în familie, sunt convinse de importanţa şi utilitatea tratamentului şi acceptă să angajeze un bolnav psihic sau să locuiască în preajma lui. Au apărut, de asemenea, foarte multe organizaţii nonguvernamentale care luptă pentru apărarea drepturilor acestor

pacienți – asociații naționale de sănătate mintală – ca și organizații ale pacienților suferind de o anumită tulburare și ale familiilor acestora – asociațiile pacienților schizofreni, bipolari, epileptici, cu demență Alzheimer etc. Rolul lor este acela de a atrage atenția asupra dificultăților întâmpinate de pacienții psihici, asupra nevoii pentru servicii mai bune și mai accesibile, de a încuraja mediatizarea modelelor eficiente de asistență psihiatrică. În timp ce profesioniștii domeniului sănătății mintale evită adesea mass-media din teama interpretărilor eronate și simplificărilor excesive, demersurile organizațiilor anterior menționate s-au dovedit a fi încununate de mult succes în folosirea mass-mediei pentru a comunica informații despre sănătatea mintală. Rolul mass-mediei în lume este, însă, controversat, încă, în multe țări cu asistență psihiatrică de bună calitate mass-media continuând să furnizeze informații denaturate în sens negativ privind comportamentul bolnavului psihic. În România, mass-media dă de cele mai multe ori dovadă de lipsă de informații, de prejudecăți și utilizează termeni cu referire la suferința psihică în sens peiorativ, în scopul atragerii atenției prin senzațional. Un mijloc de informare în masă care a manifestat aproape o fascinație pentru psihiatrie și boala psihică este cinematografia. Adesea ea a fost acuzată de accentuarea imaginii negative atât a pacienților psihici, cât și a psihiatrilor. În ultimii 20 de ani, însă, au crescut tendințele de a prezenta cât mai autentic și mai complet viața interioară a suferindului psihic. Multe lucrări autobiografice scrise de chiar persoanele care au trecut printr-o suferință psihică (medici, scriitori etc.) își descriu atât trăirile din timpul bolii, cât și efectele terapiilor, ca și atitudinea profesioniștilor și atmosfera din instituțiile psihiatrice. Toate aceste abordări diferite ale suferinței psihice (care este privită din interior) au condus la schimbări majore în organizarea serviciilor și în atitudinea față de persoanele cu probleme de sănătate mintală, pentru că de multe ori aceste scrieri au relevat faptul că și profesioniștii din domeniul sănătății mintale puteau să se comporte într-o manieră discriminatorie și stigmatizantă față de colegii cu un istoric de boală psihică.

Mituri care fac rău – Să le confruntăm cu realitatea!

Tulburările mintale sunt doar rodul imaginației persoanei afectate?
Nu. Sunt boli reale care generează suferință și dizabilitate.

- Deja pentru multe tulburări mintale au fost descrise anormalitățile de infrastructură biologică. A nega realitatea bolilor psihice este ca și cum ai nega existența cancerului, motivând că nu poți vedea celulele anormale cu ochiul liber.
- Tulburările mintale pot fi diagnosticate și tratate înainte de a fi prea târziu.

Tulburările mintale sunt determinate de slăbiciuni de caracter?
Nu. Aceste tulburări au cauze biologice, psihologice și sociale.

- S-a demonstrat că unele gene sunt implicate în schizofrenie și în boala Alzheimer.
- Se știe că depresia este asociată cu modificări ale unor substanțe chimice din creier.
- Dependența de alcool, catalogată altădată drept un viciu decurgând dintr-o slăbiciune de caracter, este legată atât de gene, cât și de factori sociali.
- Influențele sociale pot contribui semnificativ la dezvoltarea diverselor tulburări. Indivizii reacționează diferit la stres. Pierderea unei persoane dragi poate determina depresie. Pierderea locului de muncă este asociată cu abuzul de alcool, suicid, depresie.
- Sărăcia extremă, războiul sunt factori care influențează apariția, durata și severitatea tulburărilor mintale.

Trebuie pur și simplu să închidem persoanele care au tulburări mintale?
Nu. Persoanele cu tulburări mintale pot funcționa social și nu trebuie izolate.

- Astăzi este posibil să tratăm persoanele cu tulburări mintale în diverse locuri: acasă, în clinici, în secții psihiatrice din spitalele generale, în centre de zi.
- Reabilitarea și reinserția socială se poate face prin grupuri de sprijin social, locuri de muncă protejate, locuințe protejate.
- Ca și bolile fizice, tulburările mintale variază cu severitate, putând fi tranzitorii (cum ar fi tulburarea acută de stres), periodice (cum ar fi tulburarea afectivă bipolară, caracterizată de episoade de expansivitate, alternând cu episoade depresive) sau cronice și progresive (cum ar fi schizofrenia).

Persoanele cu tulburări mintale nu suferă doar din cauza bolii lor, ci și datorită stigmatizării sociale care împiedică adesea reintegrarea deplină în societate.

• ***Direcții în vederea destigmatizării bolnavului psihic***

Majoritatea persoanelor au în decursul vieții cel puțin o tulburare a echilibrului psihic şi au nevoie de toleranță, sprijin, atitudini corecte din partea celor din jur. De cele mai multe ori, când aud de persoane cu tulburări mintale, reacția celor din jur este aceea de respingere, ceea ce accentuează suferința acestora şi, în acelaşi timp, printr-un efect tip „bumerang", are consecințe nefaste în plan social. Această atitudine ar trebui să se schimbe esențial, iar această schimbare poate fi un obiectiv esențial al educației pentru sănătate în domeniul sănătății mintale. Sensibilizarea populației cu privire la acest aspect trebuie să înceapă cu informarea corectă pentru că ignoranța este un principal factor ce cauzează intoleranța față de aceste persoane, respingerea lor, refuzul de a le accepta, de a le ajuta să se integreze sau reintegreze social. Implicarea celor din jur este cea mai bună soluție în rezolvarea problemelor complexe pe care aceste persoane le au în plan familial, profesional şi social. Oamenii rămân – în cel mai bun caz – indiferenți, dacă nu chiar ostili față de necesitățile şi dificultățile celor cu probleme mintale. Impresia pe care ei şi-o creează despre aceste persoane este superficială şi nefondată şi aceasta impresie îi determină să recurgă la discriminare, să-şi manifeste ostilitatea sau chiar disprețul, să-i eticheteze în fel şi chip pe cei care prezintă tulburări mintale. Din cauza acestor atitudini sociale, multe persoane cu tulburări mintale refuză consultarea unui medic de frica de a nu se afla despre starea lor, din teama de „ce vor spune ceilalți". Astfel, ei preferă să sufere decât să apeleze la medici neurologi, la psihiatrii sau la psihologi de teama că ar putea fi izolați de familie, de prieteni, de colegi, de societate, în general. Marginalizarea acestor persoane – datorită ignoranței şi prejudecăților – duce în timp la creşterea numărului de îmbolnăviri de acest tip şi la proliferarea problemelor de ordin etic, juridic şi social pe care persoanele cu tulburări mintale le pot crea.

Sunt necesare programe de educație a comunității care să aibă ca obiective:

- înțelegerea cauzelor şi consecințelor bolii mintale;

- înțelegerea faptului că stigmatul asociat problemelor de sănătate mintală provoacă izolarea şi discriminarea multor persoane care se confruntă cu asemenea probleme, dar în acelaşi timp provoacă şi probleme sociale;
- conştientizarea faptului că problemele da sănătate mintală sunt tratabile.

În esență, aceste programe trebuie să sensibilizeze populația cu privire la problemele persoanelor cu tulburări mintale, plecând de la o informare corectă despre aceste tulburări, fără exagerări, dar şi fără minimalizare.

Dacă factorii esențiali care contribuie la stigmatizare sunt ignoranța, teama şi ostilitatea, atunci antidoturile sunt informarea, securizarea şi o puternică acțiune antidiscriminatorie din partea liderilor de opinie, a politicienilor. Se consideră, în general, că pentru obținerea unui progres în destigmatizarea bolii psihice şi, crearea unei imagini pozitive mai corecte a acesteia, profesioniştii din domeniul sănătății mintale, împreună cu pacienții, cu familiile şi cu organizațiile nonguvernamentale de profil trebuie să lucreze în colaborare strânsă cu mass-media. În ultimii ani s-au efectuat numeroase campanii de educare în scopul îmbunătățirii percepției opiniei publice şi al combaterii stigmatizării bolii psihice. De exemplu, în 1992, Colegiul Regal al Psihiatrilor şi al Medicilor Generaliști a lansat Campania Împotriva Depresiei, al cărei scop era creşterea conştientizării de către public şi profesioniști a depresiei şi a tratamentului său. La începutul campaniei, cercetările au arătat că publicul nu ştia în ce constă depresia. Mulți considerau că boala somatică era mult mai uşor de acceptat şi de observat. Majoritatea priveau consilierea ca pe cea mai eficientă modalitate de tratament şi considerau că evenimentele neplăcute din viață, precum decesul, divorțul sau şomajul constituie principalele cauze. Despre antidepresive nu se ştia nimic clar – erau adesea confundate cu tranchilizantele – şi considerate ca un pericol de dependență. La finalul campaniei, studiul a arătat că 90% din populația inclusă era de acord ca persoanelor care suferă de depresie să li se acorde mai multă înțelegere şi simpatie de către familie, prieteni, rude. De asemenea, un număr asemănător de subiecți a fost

de acord că oricine poate suferi de o tulburare psihică de-a lungul vieții, în timp ce peste jumătate au recunoscut că au o rudă apropiată sau un prieten care a avut depresie. Cercetarea a arătat, de asemenea, că percepțiile intens negative despre persoanele cu boli psihice grave sunt asociate cu contacte anterioare cu această populație şi cu informații empirice incluzând convingerea asocierii dintre violență şi boala psihică.
În 1996, Asociația Mondială de Psihiatrie a convocat prima întâlnire de experți provenind din toate țările şi care reprezentau grupuri de pacienți, experți în sănătate publică, sociologi, antropologi şi psihiatri, care au elaborat un program internațional de amploare antistigmă, vizând în principal stigma asociată schizofreniei. Scopul acestui program este de a creşte nivelul de conştientizare şi nivelul de cunoştințe privind natura schizofreniei şi opțiunile terapeutice, îmbunătățirea atitudinii populației față de cei care au sau au avut schizofrenie şi față de familiile lor şi de a genera acțiuni pentru eliminarea discriminării şi prejudiciului. Au început să se desfăşoare studii-pilot în Spania, Canada şi Austria, România fiind şi ea implicată în program; programul este conceput astfel încât să implice autoritățile locale şi naționale, mass-media, grupuri de voluntari, profesionişti în sănătatea mintală şi în educație şi pacienți psihici.

• ***Strategii de combatere a stigmatizării***

Cele trei abordări propuse pentru a combate stigmatizarea sunt: protestul, educația şi contactul.

Protestul poate fi folosit, de exemplu, pentru a descuraja media de la reprezentările false ale bolii mintale şi bolnavilor psihici şi de la perpetuarea stereotipurilor negative sau de a accentua doar comportamentele discriminatorii.

Programele educaționale implică diseminarea de date şi situații reale şi complete despre bolile psihice pentru a facilita decizii corecte. Mesajele şi metodele de educație trebuie adaptate atât diferitelor diagnostice psihiatrice, cât şi grupurilor țintă vizate.

Contactul cu pacienții psihici care trăiesc autonom, responsabil şi sunt productivi poate ajuta la combaterea stereotipurilor şi atitudinilor negative. Acest lucru devine eficient când contactul are loc în mediul natural, de lucru şi viață al bolnavului şi nu în structuri speciale de tip spital. Calitatea acestor contacte are un impact covârşitor, deoarece contactele slabe, lipsite de autenticitate sau nereuşite pot conduce la creşterea stigmatizării.

Norman Sartorius, fostul preşedinte al Organizației Psihiatrice Mondiale i-a încurajat în repetate rânduri pe profesioniştii din domeniul sănătății mintale să se implice activ în combaterea stigmatizării şi discriminării. Un diagnostic de boală psihică poate fi în sine discriminator şi stigmatizant, devenind o etichetă periculoasă atunci când este folosit în mod inadecvat sau abuziv. Efectele adverse ale medicației psihotrope, precum efectele extrapiramidale induse de neuroleptice pot deveni nişte markeri mult mai puternici ai bolii psihice decât simptomele inițiale ale bolii. Îmbunătățirea tratamentului şi îngrijirii bolnavilor psihici sunt punctul de referință în lupta împotriva stigmatizării şi discriminării.

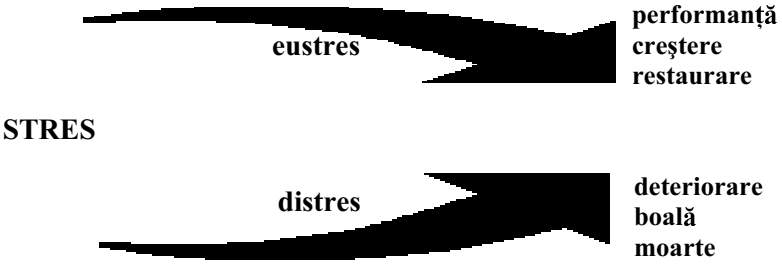
În concluzie, stigmatizarea este un proces social de etichetare, discriminare şi excludere. Teorii variate încearcă să explice motivele sociale ale stigmatizării, fie prin istoricul evoluției, fie prin interesul crescând pentru genetică. Programele împotriva stigmatizării trebuie structurate ținând cont de multiplele fațete ale stigmatizării.

4. **STRESUL ŞI SĂNĂTATEA MINTALĂ**

Stresul este o parte firească a vieții, într-o definiție minimalistă stresul fiind modalitatea în care corpul nostru răspunde solicitărilor din viața noastră. Câteodată se întâmplă ca răspunsurile noastre să fie exagerate, generând stări anxioase, boli psiho-somatice, disconfort, iritabilitate, sindrom de burn-out şi alte complicații mintale şi fizice. Acest lucru nu trebuie să conducă însă la ideea că stresul trebuie eliminat. Trebuie doar să învățăm să-l gestionăm eficient. Biologul **Hans Selye**, cel care a consacrat termenul de stres, afirma: „Ar fi iluzoriu să ne închipuim că am putea evita stresul de-a lungul întregii noastre vieți; tot ce ne rămâne de făcut este să cunoaştem felul în care putem reduce la minimum efectele lui vătămătoare, deoarece numeroase boli sunt datorate în mare măsură erorilor răspunsurilor adaptative la stres, mai curând decât microbilor sau altor agenți externi."

Există un nivel optim de stres – EUSTRESUL care conduce la:

- Un nivel crescut de motivație
- Sentimentul de tonifiere şi mobilizare
- Un nivel ridicat de energie
- Culegerea şi procesarea mai rapidă a informațiilor
- Luarea unor decizii sănătoase
- Acțiuni eficiente şi creşterea productivității personale



• ***Definirea conceptului de stres***

Termenul de stres (*stress* – cuvânt de origine engleză – 1) încordare, presiune, apăsare, povară, 2) fig. tensiune, constrângere, solicitare, efort, 3) fig. accentuare, reliefare etc.) se referă în general la situația în care, sub acțiunea unui factor de natură diversă (fizic, chimic, biologic, psihic etc.) echilibrul organismului este amenințat; limitele resurselor adaptative sunt depăşite. Conceptul de stres, introdus de **Selye H,** indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determină o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenință integritatea.

Există numeroase definiții ale stresului, dintre care le amintim pe următoarele:

MC. GARTH	*Stresul apare când se produce un dezechilibru marcat între solicitările mediului şi capacitățile de răspuns ale organismului.*
J. DELAY	*Stare de tensiune acută a organismului obligat să-şi mobilizeze capacitățile de apărare, pentru a face față unei situații amenințătoare.*
R. GUILLEMIN	*Stare tradusă printr-un sindrom specific, corespunzând tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic.*
P. FRAISSE	*Totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu își găsesc soluția.*
M. GOLU	*O stare de tensiune, încordare şi disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuințe sau aspirații, de imposibilitatea rezolvării unor probleme.*

Stresul psihic este rezultatul acțiunii unor factori sau condiții stresante care acționează predominant asupra psihicului uman, în principal prin semnificația pe care o au pentru persoană.

Se observă cu ușurință că aceste definiții ale stresului sunt doar cele ale DISTRESULUI – stresul negativ. La aceste definiții trebuie făcute următoarele precizări **(Mc Garth)**:

1. Solicitările pot produce stresul psihic numai dacă individul anticipează faptul că nu va fi capabil să le facă față sau că nu le va putea satisface cererile fără a pune în pericol alte scopuri pe care le urmărește.
2. Dezechilibrul între cerințe și capacitatea de a le răspunde adecvat provoacă stresul psihic numai dacă urmările eșecului prezintă importanță pentru subiect; în cazul în care subiectul nu-și dă seama de consecințele inadaptării sau acestea nu-l afectează, el nu trăiește sentimentul amenințării și nu este stresat psihic.
3. Anticipând consecințele, individul își poate modifica starea de stres fie prin evitarea solicitărilor, fie prin îndeplinirea acestora la „un preț tolerabil", fie schimbându-și optica asupra solicitărilor (minimalizându-le) sau asupra posibilităților proprii (reevaluându-le) sau asupra consecințelor.
4. Nu numai suprasolicitările cantitative sau calitative pot determina stres psihic. Se vorbește și despre STRESUL DE SUBSOLICITARE prin monotonie, rutină, lipsă de stimulare și informație care împiedică individul să-și manifeste toate posibilitățile sale, să-și mobilizeze și să-și folosească resursele. Reducerea solicitărilor sau limitarea posibilităților de expresie devin, pentru unele persoane, la fel de stresante ca supraîncărcarea cu sarcini, pentru altele.
5. Altă situație care poate determina stresul psihic este ambiguitatea stimulilor din cauza lipsei de informații sau a unor informații neclare sau contradictorii. În aceste situații, individul, deși este capabil să răspundă, nu-și dă seama ce anume i se cere.

6. Alteori, conflictul rezultă din obligativitatea persoanei de a da în acelaşi timp două răspunsuri incompatibile sau de a proceda într-un mod care vine în opoziţie cu propria convingere.
7. Alte surse de stres sunt imposibilitatea de amâna răspunsul la solicitări sau restrângerea posibilităţilor de a răspunde la acestea.

• ***Clasificarea stresului***

În încercarea de a clasifica sursele de stres, tipurile de solicitări stresogene, **Lucian Alexandrescu (2000)** stabileşte o clasificare a stresului realizată în funcţie de următoarele criterii: magnitudinea absolută sau relativă a stresului; raportul cu etapa de viaţă a subiectului, nuanţele de expectabilitate-neexpectabilitate şi controlabilitate-necontrolabilitate; răspândirea generală a stresorilor şi efectul lor asupra omului „obişnuit".
Clasificarea este aplicabilă pentru orice stresori, la orice vârstă şi în conjuncţie cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea conţine opt grupe mari, notate **A-H.**

Grupa A – Stresul excepţional sau catastrofic – se referă la stresuri masive, acute, de regulă neaşteptate, evenimente ieşite din comun, din cotidian, deloc sau puţin influenţabile de către subiect şi care afectează practic pe oricine într-o mare măsură. Acest tip de stres include dezastre şi calamităţi naturale, dezastre şi catastrofe (războaie, poluări, bombardamente); accidente colective; stresul catastrofic individual: violenţa nesexuală sau sexuală, tortura. Din punct de vedere clinic (**Predescu** şi **Alexandrescu**), patologia ocazionată de stresul catastrofic include reacţii psihotice imediate (de şoc şi neşoc), reacţii mai îndepărtate de tip depresiv şi, în mod aproape specific, sechele la distanţă, de tipul tulburării de stres posttraumatic.

Grupa B – Stresurile vieţii – include stresuri concordante sau necontradictorii cu etapa eriksoniană de viaţă, cu intensitate moderată medie sau mare, care afectează practic pe oricine, dar într-o măsură variabilă. Include şase sub-grupe de:

1) stresuri scurte – pierderi reale (cunoştinţe, rude), pierderi simbolice;
2) stresuri legate de boala tranzitorie;
3) stresuri cu post-efecte prelungite – pierderi reale (partener marital, copil), pierderi materiale majore;

4) stresuri cu acțiune prelungită -suprasolicitări lungi, boala cronică, conflicte cronice;
5) stări stresante – stresul existenței ca handicap sau ca sechelar grav; stresul existenței în condiții precare financiare şi/sau de mediu;
6) stresuri legate de schimbări majore de statut, mediu, condiție de viață.

Stresurile îndelungate pot contribui la constituirea unor dezvoltări patologice ale personalității.

Grupa C – Stresuri care decurg din desfăşurarea neobişnuită a unor acte de viață obişnuite.

Grupa D – Stresul necazurilor şi al solicitărilor cotidiene. Specifice sau nu grupului de apartenență, aceste stresuri induc, cel mult, manifestări tranzitorii sau fragmentare. Au un posibil rol pentru determinarea rezistenței sau lipsei de rezistență la stresori mai mari. Adesea produc o anumită frustrare.

Grupa E – Stresul endemic – stresul general şi impersonal constituit de veştile proaste ale zilei sau perioadei: inflație, şomaj.

Grupa E_1 – Stresurile speciale condiționate de expuneri particulare. Include stresul unor profesii sau ocupații cunoscute ca stresante, şi al altor profesii ce implică risc individual.

Grupa E_2 – Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:

a. stresul determinat de psihopatologia preexistentă: stresul determinat de anxietatea fobică, stresul fenomenelor compulsive şi cel consecutiv tulburării de control al impulsurilor; stresul resimțit de pacienții cu schizofrenie, cu epilepsie;
b. stresul consecințelor unor acte psihotice (amintiri crepusculare, confuzie, comportament delirant-halucinator în psihoze majore);
c. stresul amintirilor, determinat de retrăirea sau evocarea unor situații stresante anterioare;
d. stresul sărbătorilor ce evidențiază subiectului singurătatea ori inadecvarea vieții pe care o duce;
e. stresul determinat sau facilitat de prezența unei patologii somatice care modifică vulnerabilitatea.

Grupa F – Stresurile speciale – sunt stresuri ce se constituie ca atare, prin vulnerabilități şi/sau expuneri particulare.

Grupa G – Stresul experimental – nu are, de regulă, urmări patologice durabile. El se referă la diferite proceduri de laborator care induc, la voluntari, stresuri scurte şi strict limitate ca intensitate şi gamă de conținuturi.

Grupa H – Stresul situațiilor extremale – este stresul experimental sau natural indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existență în medii intens nefavorabile vieții omului.

În 1994, **Richard H. Rahe şi Thomas Holmes** au propus o listă a primilor 10 stresori prin evenimente de viață, ierarhizându-i după cum urmează:

1	Decesul soției sau soțului
2	Divorț
3	Decesul unui membru apropiat al familiei
4	Separare maritală
5	Rănire sau boală personală severă
6	Pierderea serviciului
7	Condamnare la detenție
8	Decesul unui prieten apropiat
9	Sarcina
10	Schimbarea profesiei-reajustare în afaceri

O altă încercare de sintetizare a evenimentelor de viață care pot constitui stresori este cea făcută de acad. prof. **Mircea Lăzărescu**, în 2002, care delimitează următoarele situații:

Psihotrauma	Eveniment secvențial care impresionează intens persoana
Schimbări existențiale semnificative	Schimbare care necesită un efort readaptativ (responsabilități, eforturi, noi rețele de comunicare)
Eşecul	Neîndeplinirea unui proiect în care subiectul este angajat
Frustrarea	Nesatisfacerea unor dorințe, pulsiuni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțială, prelungită sau cronică)

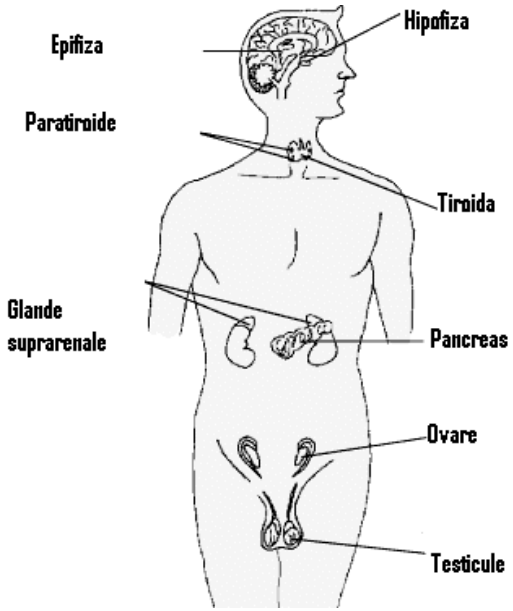
Conflictul interpersonal trenant	Stare de tensiune şi conflict constant cu persoane angrenate în structuri sociale bine definite (familie, colegi de muncă sau de locuinţă)
Epuizarea prin suprasolicitare	Program de muncă excesiv, în special dacă nu e urmat de satisfacţii (poate fi provocată de un stil particular de viaţă)
Lipsa de perspectivă vitală	Situaţii nefavorabile din care subiectul nu are nici o perspectivă de a ieşi
Conflictul intrapsihic	Egodistonia realizată de sentimentul vinovăţiei (poate fi conştient sau preconştient)
Crizele existenţiale sau de conştiinţă	Perioadele critice se referă la personogeneză şi ciclurile vieţii; apar în perioadele de bilanţ individual
Învăţările patologice	Mai frecvente în copilărie, dar posibile pe tot parcursul vieţii

Considerăm de interes şi următoarea clasificare după **Stora Jean Benjamin,** 1996:

Stresul la locul de muncă	• Surse legate de mediul de lucru • Surse legate de munca într-un post determinat • Surse legate de supraîncărcare • Surse legate de deficienţele în muncă • Surse legate de pericolul fizic • Surse legate de insatisfacţia muncii
Stresul şi organizarea muncii	• Ambiguitatea rolului • Exercitarea responsabilităţii • Responsabilitatea faţă de viaţa altora • Stresul relaţional • Stresul legat de etapele carierei • Frustrările induse de statutul profesional • Grupurile profesionale
Surse legate de viaţa cotidiană	• Viaţa de familie • Dificultăţile familiale • Conflictul obligaţii familiale/obligaţii profesionale • Mobilitatea profesională şi internaţională
Surse legate de schimbările mediului social	• Absenţa şi dezintegrarea structurilor sociale • Deculturaţia • Urbanizarea /informatizarea societăţii

• ***Noțiuni despre fiziopatologia stresului***

Hans Selye a descris sindromul general de adaptare, care constituie suma tuturor reacțiilor sistemice nespecifice ale corpului ce urmează după un stres prelungit. Axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal este afectat de secreția prelungită de cortizol, provocând leziuni structurale în diferite organe. **George Engel** a afirmat că, în starea de stres, toate mecanismele de neuroreglare suferă modificări funcționale care deprimă mecanismele homeostatice (de echilibru) ale corpului, determinând o vulnerabilitate a acestuia la infecții şi alte tulburări.
Căile neurofiziologice care mediază reacțiile de stres includ: cortexul cerebral, sistemul limbic, hipotalamusul, glanda suprarenală şi sistemul nervos simpatic şi parasimpatic.



Răspunsurile funcționale la stres sunt succint prezentate mai jos:

Răspunsuri ale neurotransmițătorilor:

- Creşterea sintezei cerebrale de noradrenalină
- Creşterea turnoveru-lui serotoninei, care poate să rezulte, în cele din urmă, în depleția de serotonină
- Creşterea transmisiei dopaminergice

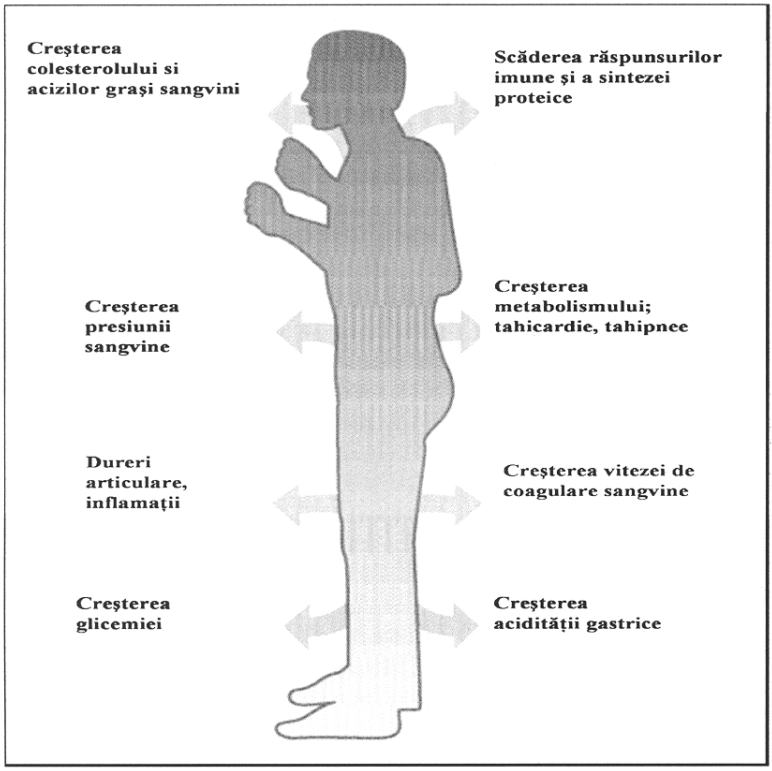
Răspunsuri endocrine:

- Hormonul adrenocorticotrop (secretat de hipofiză) creşte, stimulând glanda suprarenală să secrete mai mult cortizol
- Descreşterea testosteronului în stresul prelungit
- Descreşterea hormonului tiroidian

Răspunsuri imunitare:

- Activitate imunitară care apare prin eliberarea de factori imunitari hormonali (citokine) în stresul acut
- Scăderea numărului şi activității celulelor albe *„natural killer”* în stresul cronic.

În consecință, stresul psihic antrenează – ca orice alt stresor – o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale sale *„psyche”* şi *„soma”*.


Creşterea colesterolului si acizilor graşi sangvini
Scăderea răspunsurilor imune şi a sintezei proteice
Creşterea presiunii sangvine
Creşterea metabolismului; tahicardie, tahipnee
Dureri articulare, inflamaţii
Creşterea vitezei de coagulare sangvine
Creşterea glicemiei
Creşterea acidității gastrice

• ***Diagnosticarea stresului***

Când se suspectează că boala unui pacient este legată de stres, se va face un istoric complet şi atent, care, în mod natural, va include stresorii din viaţa pacientului (probleme familiale sau de serviciu, alte boli etc.). De asemenea, evaluarea de către psiholog a personalităţii individului va trebui făcută pentru a-i evalua resursele de adaptare şi paternurile de răspuns emoţional. Există un număr generos de inventare de personalitate şi teste psihologice care pot fi folosite pentru a diagnostica cantitatea de stres la care pacientul este expus şi strategiile de apărare pe care acesta le foloseşte pentru a înfrunta/gestiona acest stres. Medicii vor trebui să facă un diagnostic diferenţial între tulburările de adaptare, tulburările anxioase sau de depresie şi, de asemenea, să ia în calcul bolile somatice care sunt bolile tiroidiene, pancreatice etc. care se pot manifesta cu simptome psihice.

• ***Tratamentul stresului***

Managementul stresului învaţă individul strategii de adaptare la stres, de gestionare eficientă a acestuia prin:

- Reducerea condiţiilor stresante din mediu
- Tehnici de dezvoltare a toleranţei la stres
- Menţinerea unei imagini de sine pozitive
- Menţinerea echilibrului emoţional
- Dezvoltarea unor relaţii satisfăcătoare cu cei din jur

Cercetările recente, făcute pentru a înţelege multiplele şi complexele interacţiuni între mintea umană şi corp, au condus la dezvoltarea unei game largi de abordări a bolilor legate de stres. O prezentare succintă a acestor abordări cuprinde:

- **Medicamente.** Medicamente pentru controlul tensiunii arteriale sau altor simptome somatice ale stresului. Sunt folosite anxioliticele şi antidepresivele.
- **Programe de management al stresului.** Individuale sau de grup, ele implică de obicei analiza stresorilor din viaţa individului. Adesea, se concentrează asupra stresorilor de la locul de muncă.

- **Tehnici comportamentale.** Aceste strategii cuprind tehnici de relaxare, exerciţii de respiraţie şi programe de exerciţii fizice, incluzând plimbările. Terapia prin relaxare urmăreşte să reducă reactivitatea emoţională şi răspunsul fiziologic la emoţii. Se foloseşte relaxarea progresivă, tehnici de relaxare prin imagerie mentală (subiectul este pus să-şi imagineze o situaţie, un loc fără griji şi stres, unde se simte confortant şi în siguranţă), tehnici de meditaţie, training autogen.
- **Masajul.** Masajul terapeutic ameliorează simptomele induse de stres prin învăţarea relaxării progresive a grupurilor musculare din spate, braţe, gât, picioare.
- **Meditaţia şi practicile religioase sau spirituale**
- **Managementul timpului.** Prin stabilirea de obiective de scurtă durată (zilnice) şi de lungă durată (anuale), alcătuirea unor liste cu lucruri de făcut *„to do list”*, pe care individul este ajutat să le urmărească prioritar, ajutarea lui în estimarea timpului necesar desfăşurării unei activităţi etc.
- **Terapii alternative.** Cuprind şedinţe de yoga, tai-chi, aikido, terapie reiki, aromoterapie, terapie prin dans, tratamente bazate pe suplimente nutritive/regim alimentar, acupunctură, homeoterapie, fitoterapie etc.
- **Terapie cognitivă.** Poate cea mai eficientă metodă de reducere/gestionare a stresului, această abordare ajută pacientul să reinterpreteze stresorii din viaţa lui în aşa fel încât să poată modifica felul în care corpul său reacţionează la stres. Această abordare pleacă de premisa că individul are multiple distorsiuni de gândire, gânduri iraţionale care induc şi menţin stresul. Clientul este încurajat să testeze, alături de terapeut, aceste false ipoteze, adunând contraexemple faţă de gândurile iraţionale iniţiale – testarea ipotezelor. Principalele distorsiuni cognitive includ:
    1. Gândirea emoţională
    2. Suprageneralizarea
    3. Gândirea catastrofică
    4. „Citirea gândurilor”
    5. Concentrarea pe aspectele negative ale unei situaţii etc.

• ***Prognosticul şi prevenţia stresului***

Prognosticul recuperării dintr-o boală determinată de stres este legat de o varietate de factori din viaţa individului, mulţi dintre aceştia fiind determinaţi genetic (rasă, sex, antecedente familiale) sau factori nelegaţi de controlul individului (aspecte economice, stereotipii culturale, prejudecăţi sociale etc.). Chiar în acest context, este posibil ca indivizii să înveţe noi modalităţi de răspuns la stres, schimbându-şi astfel modalitatea de reacţie. Abilitatea unei persoane de a rămâne sănătoasă în situaţii stresante mai este numită *rezistenţa la stres*. Persoanele cu rezistenţă crescută la stres au trăsături de personalitate care le întăresc capacitatea de *coping*. Aceste trăsături includ şi încrederea în importanţa lucrurilor pe care le fac, credinţa că au putere să influenţeze lucrurile şi evenimentele, o viziune asupra schimbărilor din viaţă ca fiind oportunităţi şi nu ameninţări.
Ideea de a preveni în totalitate stresul este pe cât de imposibilă, pe atât de nedorită, deoarece stresul rămâne un stimul important în creşterea şi dezvoltarea umană, în creativitatea acestuia. Strategiile de prevenire a stresului variază mult de la persoană la persoană, depinzând de numărul şi natura stresorilor din viaţa individului şi de capacitatea sa de control asupra acestora. Totuşi, o combinaţie de modificări comportamentale şi cognitive funcţionează bine pentru majoritatea indivizilor, cea mai bună metodă de prevenţie fiind un model parental pozitiv de comportamente şi atitudini. O existenţă bogată în interese şi preocupări nu îl fereşte pe individ de trăirea unor stresuri psihice intense, dar îi permite să le depăşească în condiţiile unor efecte patologice secundare minime.

5. **ADAPTARE. *COPING*. REZILIENȚĂ**

• ***Adaptare/coping***

În 1937 **Hans Selye,** fiziopatolog canadian, laureat al premiului Nobel, introduce termenul de ***sindrom de adaptare*** în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacţii prin care organismul răspunde la o acţiune agresivă – stres. Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relaţie simultană şi reciprocă cu mediul exterior. Adaptarea, rezultanta acestei relaţii, depinde de amândoi factorii participanţi, fiecare devenind un determinant şi un produs al relaţiei. Termenul de „adaptare" a fost preluat şi de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât şi de stres.

Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători şi practicieni să vorbească de capacităţi, mai mult decât de incapacităţi, de realizare decât de eşec, despre sănătate decât despre starea de boală. Termenul din limba engleză – *coping* (adaptare) – „*a face faţă unei situaţii*", îşi află originea în vechiul grecesc „*kolaphos*", care înseamnă „a lovi". La început, acesta însemna „a se întâlni", „a se ciocni de", „a se lovi de". Azi, înţelesurile iniţiale au evoluat într-o definiţie care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotaţii („Dicţionarul Webster" – 1979 defineşte copingul ca „*a lupta cu succes, a face tot posibilul"* sau în termeni echivalenţi *„a fi mai mult decât".)*

• ***Cum definim adaptarea?***

Sensurile atribuite adaptării de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat şi dezvoltat conceptul de *coping* cuprind:

Coly, **1973**	Comportamentul adaptativ este calea conştientă şi inconştientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerinţele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile şi obiectivele.
Mc.Gath, **1970**	Adaptarea este o unitate de acoperire şi un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, uşura sau răspunde la circumstanţele care induc stresul.
Murphy, **1962**	Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situaţii inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activităţii.
Lipowski, **1970**	Adaptarea reprezintă toate activităţile cognitive şi motorii pe care o persoană suferindă le foloseşte pentru a-şi menţine funcţionalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-şi redobândi echilibrul funcţional şi a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile.
Pearlin şi **Schooler**, **1978**	Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care serveşte la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoţionale.
Lazarus şi **Launier, 1978**	Adaptarea este efortul, împreună cu acţiunea orientată şi acţiunea psihică, de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerinţele interne şi externe şi conflictele care apar odată cu aceste cerinţe şi care scad sau epuizează resursele persoanei.
Folkman şi **Lazarus**, **1980**	Adaptarea este definită ca un efort cognitiv şi comportamental făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerinţele interne şi externe, şi conflictele care apar odată cu aceste cerinţe.
Haan, **1982**	Adaptarea este încercarea de a învinge dificultăţile. Este o ciocnire la care oamenii odată ajunşi folosesc resursele interne şi externe pentru a reuşi să echilibreze impactul produs de dificultăţi.
Folkman şi **Lazarus**, **1984**	Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive şi comportamentale care organizează specific cerinţele interne, pentru a administra cererile externe şi/sau interne, pentru a preveni scăderea sau epuizarea resurselor persoanei.
Matheny, **Aycock**, **Curlette** şi **Cannella**, **1986**	Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conştient sau inconştient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de suporta efectele lor cu cât mai puţine daune.

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

- folosirea resurselor;
- gândire şi/sau comportament activ;
- reducerea nevoilor interne şi/sau externe prin găsirea de soluții şi rezolvarea eficientă a problemelor;
- variațiile în ceea ce priveşte scopul sau ținta adaptării.

Adaptarea este promovarea creşterii şi dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea şi prevenirea stresului generat de condiții externe/interne. Adaptarea are funcții importante în capacitatea organismului de a se autoproteja. Abilitățile şi capacitățile indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor şi celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. Adaptarea este baza pentru supraviețuirea şi evoluția individului şi a grupului. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ îşi ajustează structura sau comportamentul, pentru a putea *„răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau unor experiențe noi"* (**Sutter**).

Procesul de adaptare este, în cazul ființei umane, biunivoc, având şi o funcție de transformare şi adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile şi posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică şi creatoare. Complexitatea antroposferei necesită un permanent efort, realizat prin procesele adaptative de integrare şi reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum şi refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel, este menținută homeostazia organismului, precum şi fiabilitatea lui în funcționare.

Adaptarea este strâns relaționată cu promovarea stării de sănătate şi cu prevenirea tulburărilor (bolilor). În acord cu **Pearlin şi Schooler (1978)**, adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
2. perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
3. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcţii prefigurează baze comportamentale pentru tratarea şi prevenirea tulburărilor şi pentru promovarea sănătăţii.

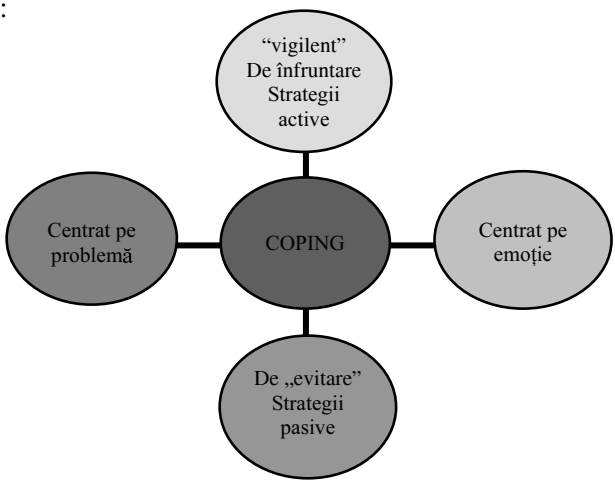
Adaptarea presupune, de regulă, un efort adaptativ, care, de cele mai multe ori, ia forma unor acţiuni mintale şi motorii, mai mult sau mai puţin evidente în exterior. Dar sunt destule situaţii când efortul adaptativ nu presupune declanşarea, menţinerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori, blocarea la timp a unei simple reacţii sau a unei operaţii complexe este de o importanţă fundamentală pentru însăşi existenţa fizică a persoanei.

• ***Clasificarea copingului***

Comportamentele de adaptare / copingul pot fi împărţite în patru dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct acţiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii)
2. cognitiv-emoţional (controlând stresorii angajaţi în activitatea cognitivă sau ţinând de sfera emoţională, catarsisul şi expresia)
3. controlul (menţinând în aparenţă controlul personal asupra stresorilor)
4. acţiunea psihologică/acţiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

Altfel prezentat, tipurile de coping pot fi clasificate conform schemei de mai jos:



Grupe de coping	Rol în procesul adaptativ	Proces adaptativ	Alți factori implicați
Rezolvarea de probleme -strategizarea -acțiunea instrumentală -planificarea	Ajustarea acțiunii pentru a fi eficientă	Coordonarea acțiunilor şi a neprevăzutul ui din mediu	Priveşte şi învață Perfecțiune/măiestrie Randament
Căutarea informației -citire -observație -întrebându-i pe ceilalți	Descoperirea neprevăzutului		Curiozitate Interes
Neajutorarea -confuzia -obstacole cognitive -epuizare mentală	Descoperirea limitelor acțiunii		Vină Neajutorare
Fuga -evitarea cognitivă -comportamente de evitare -negare -interpretarea dorințelor drept realitate	Fuga către un mediu care oferă siguranță		Indepărtare/renunțare Fugă/refugiu Frică
Încrederea în forțele proprii -echilibru emoțional -echilibru comportamental -expresivitate emoțională	Protejarea relațiilor sociale existente	Coordonarea suportului şi a resurselor sociale existente	Interes/îndrumare Satisfacție
Căutarea suportului -căutarea interrelaționării -căutarea confortului -suport spiritual	Folosirea resurselor sociale existente		Căutarea proximității celorlalți Tânjire Alte alianțe
Delegarea -căutarea ajutorului în mod non-adaptativ -se plânge, îşi plânge ţde milă	Găsirea limitelor resurselor		Ruşine Milă de sine
Izolarea -retragere socială -ascundere -evitarea celorlalți	Retragere dintr-un context considerat non-suportiv		Tristețe Înghețare

Grupe de coping	Rol în procesul adaptativ	Proces adaptativ	Alţi factori implicaţi
Acomodarea/obişnuinţa -distragerea atenţiei -restructurare cognitivă -minimizarea -acceptarea	Ajustarea flexibilă a preferinţelor la opţiuni	Coordonarea preferinţelor şi a opţiunilor existente	Control secundar alegere
Negocierea -persuasiune -stabilirea priorităţilor	Găsirea de noi opţiuni		Compromis
Submisivitate -ruminare -perseverenţă rigidă -gânduri care distrag atenţia/intruzive	Renunţarea la preferinţe		Dezgust Perseverenţă rigidă
Opoziţie -învinovăţirea celorlalţi -proiecţie -agresivitate	Îndepărtarea constrângerilor		Luptă Furie Sfidare

• ***Despre conceptul de rezilienţă***

Deşi legătura dintre stres şi boală a fost atent documentată, nu toate persoanele expuse la situaţii stresogene se îmbolnăvesc sau „se stresează". În mod firesc, atenţia cercetătorilor s-a îndreptat către semnificaţia psihologică a evenimentului stresogen pentru individ. Cercetările au arătat că, anumite caracteristici, precum rezilienţa psihologică şi stilul de coping, au un impact definitoriu asupra experienţei stresului şi bolii induse de stres asupra persoanei.

• ***Ce este rezilienţa?***

În primul rând, este un termen pentru a explica rezistenţa materialelor la şocuri, primele publicaţii care conţin acest termen datând din anii 1939-1945. Rezilienţa (sau rezistenţa la şoc) reprezintă capacitatea unui material de a absorbi o anumită cantitate de energie înainte de a se rupe, atunci când este lovit brusc de un corp solid. Rezilienţa se determină cu un aparat numit pendul de rezilienţă, pe epruvete prismatice, cu sectiunea pătrată sau circulară, prevăzute cu o crestătură.

Reziliența se determină la materialele din care se fac piese şi scule supuse la şocuri (loviri) în timpul utilizării: roți dințate, matrițe etc. Noțiunea a fost preluată de numeroase domenii: botanică, etologie, economie etc., termenul definind, în sens larg, capacitatea de rezista la şocuri, dezechilibre, dar şi de psihologie, unde se vorbeşte despre reziliența psihologică.

Reziliența psihologică se referă la capacitatea individului de a suporta stresori fără a manifesta disfuncții psihologice, boli psihice sau dispoziție negativă persistentă – capacitatea persoanei de a evita psihopatologia în ciuda diferitelor circumstanțe dificile. Stresorii psihologici sau „factorii de risc" pot fi acuți sau cronici (exemplu, moartea cuiva drag, boală cronică, abuz emoțional sau fizic, şomaj sau violență). Procesul central în clădirea rezilienței constă în dezvoltarea aptitudinilor de coping. Modelul de bază al acestui proces este reprezentat de schema: stresorul A (sau sursa potențială de stres) determină o reprezentare cognitivă cu determinarea deciziei dacă A semnifică un eveniment care poate fi rapid gestionat sau reprezintă o sursă de stres, deoarece poate depăşi posibilitățile de coping ale persoanei. Dacă stresorul este considerat periculos, răspunsurile de coping sunt puse în mişcare. Reziliența presupune şi o constelație de trăsături de personalitate care servesc ca resurse de rezistență atunci când întâlnim situații stresogene. Ea cuprinde trei elemente de bază:

- provocarea – perceperea schimbării ca normale şi naturale şi, deopotrivă, ca oportunitate pentru dezvoltarea personală;
- implicare – presupune perceperea semnificației, găsirea de sens în acțiunile întreprinse şi dorința de participare activă;
- control – presupune credința că acțiunile noastre pot avea un impact semnificativ asupra circumstanțelor existenței.

Unul dintre pionierii etologiei franceze, **Boris Cyrulnik** are ca principală preocupare conceptul de reziliență – capacitatea de a putea depăşi traumatismele psihice şi rănile emoționale cele mai grave – boală, doliu, viol, tortură, atentat, deportare sau război. Pe baza numeroaselor cazuri analizate în cabinetul său de psihoterapie sau observate în timpul misiunilor sale în străinătate, Cyrulnik susține că oamenii au capacitatea de a depăşi situațiile cele mai teribile datorită

anumitor abilități deprinse în copilărie, care îi ajută să treacă peste experiențele traumatizante. Cyrulnik este preocupat în mod deosebit de situația copiilor străzii. El a declarat că s-a interesat de aceşti copii ai străzii, pentru a-i examina şi a vedea exact cum pot depăşi situația în care se află prin evaluarea resurselor interne. Potrivit prof.dr. Boris Cyrulnik, depăşirea unei situații traumatice depinde de istoria personală a fiecăruia.

În opinia sa, cel mai bun loc de ieşire şi de exprimare a acestor copii, care nu totdeauna sunt apți să îşi dezvăluie sentimentele, este chiar strada în care ei stau. Specialistul trebuie să meargă în stradă şi acolo să discute cu copilul şi să-l evalueze. În cadrul acestei evaluări şi încercări de a vedea cum pot fi ajutate persoanele care au suferit diferite traumatisme, un rol important îl are afecțiunea, care este mai importantă decât hrana. Specialistul francez a menționat că, din păcate, există o prevalență a materialului în deficitul afectivului şi sunt foarte mulți rezilienți din cauza lipsei de afectivitate. Există o neglijență afectivă în zilele noastre, chiar din partea părinților, care sunt foarte ocupați în a câştiga bani, la serviciu, şi atunci copiii se mulțumesc cu mesajele pe care le primesc pe frigider, iar lumea lor se reduce la computer, eventual joacă şi foarte, foarte puțină afecțiune, a explicat Cyrulnik. Chiar şi în cazul familiilor bogate, a continuat el, există această lipsă de afecțiune, din cauza faptului că cei mai mulți îşi cresc copiii fie cu o bonă, fie cu altcineva care să-i îngrijească şi îi lipsesc de afecțiunea părintească. De cele mai multe ori, aceşti copii devin obezi, iar neglijența afectivă nu se vede imediat, ci mai târziu, a mai spus Boris Cyrulnik.

Există numeroşi termeni în literatura psihologică despre reziliență, folosiți fie ca sinonime, fie pentru a descrie caracteristicile acesteia:

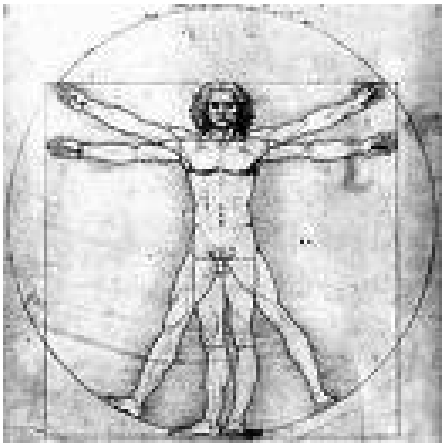
- Coping adaptativ
- Inteligență emoțională (Daniel Goleman)
- Rezistență
- Optimism învățat (Martin Seligman)
- Descoperirea resurselor (Rosenbaum)
- Orientare în viață
- Resurse

- Stimă de sine, Auto-eficiență, încredere în sine
- Personalitate auto-vindecătoare (Howard Friedman)
- Sentimentul coerenței (Aaron Antonovsky)

- ***Care sunt caracteristicile persoanelor cu reziliență crescută?***

- Abilitatea de a-şi reveni din orice situație stresantă
- Au o atitudine de tipul „dacă vrei, poți!"
- Tendința de a privi problemele noi ca pe oportunități
- Abilitatea de „a se ține tare" în situații dificile
- Capacitatea de a vedea micile ferestre de oportunitate şi de a profita la maxim de ele
- Să aibă un sistem constant şi sănătos de valori
- Au o largă rețea de suport social
- Au capacitatea de a gestiona competent diferite tipuri de situații
- Au o zonă largă de confort
- Capacitatea de a se recupera după situații traumatice

6. **REPERE DE MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ**



Psihosomatica nu este o disciplină medicală separată, ci un mod integrativ de abordare a bolnavului (nu a bolii, individualizarea având o mare importanţă în paradigma psihosomatică). Este greşit a considera că există boli psihosomatice şi boli nepsihosomatice. De fapt, toţi pacienţii au trup şi suflet, deci toate bolile sunt psihosomatice. Chiar traumatismele au impact psihic: resimţirea durerii, alterarea calităţii vieţii, probleme legate de invaliditate etc. Este drept că există suferinţe în care participarea psihică este mai importantă, de exemplu, în aşazisele boli psihosomatice tradiţionale: astmul bronşic, hipertensiunea, ulcerul gastric şi duodenal, rectocolită hemoragică etc., dar această viziune a fost depăşită în principiu şi se recomandă ca toţi pacienţii să fie abordaţi prin prisma viziunii psihosomatice. Calitatea vieţii trebuie să constituie un obiectiv major în evaluarea pacientului şi în stabilirea unei atitudini terapeutice. De asemenea, calitatea vieţii trebuie să fie parametrul final de apreciere a demersului sanogenetic. Nu este suficientă ameliorarea fizică a unei boli, dacă această nu duce şi la îmbunătăţirea vieţii pacienţilor.

Modelul bio-psiho-social de boală, imaginat de psihiatrul american George Engel, rămâne modelul medicinii psihosomatice şi acesta este considerat superior modelului bio-medical. Nici rolul acestei concepţii nu trebuie depreciat, acest mod de a vedea lucrurile a permis dezvoltarea medicinii experimentale în secolul XX. Se consideră, în prezent, că dezvoltarea medicinii nu trebuie să se facă în detrimentul atenţiei faţă de viaţa spirituală a pacienţilor şi, de aceea, conform modelului psiho-social trebuie să ne adresăm şi aspectelor emoţionale, culturale şi sociale ale fiecărei boli. O importanţă deosebită trebuie acordată relaţiei dintre emoţie şi boală. Emoţiile negative, precum anxietatea sau depresia, sunt binecunoscuţi factori patogenetici, iar combaterea lor ar trebui să nu fie omisă din nici un program terapeutic. Pe de altă parte şi incapacitatea de exprimare a emoţiei, *alexitimia,* reprezintă un element patogenetic, deoarece se însoţeşte de focalizarea atenţiei spre simptome somatice fără echivalent organic.

Sub aspect tehnic, progresele cele mai importante se datorează investigaţiilor de imagistică cerebrală, incluzând tomografia cu emisie de pozitroni şi rezonanţă magnetică cerebrală funcţională. Viitorul este al capacităţii de a localiza în creier focarele de excitaţie sau inhibiţie corelate cu anumite emoţii. Comunicarea cu pacientul este însă primordială în obţinerea de informaţii anamnestice utile şi în timp redus, precum şi pentru a obţine „contractul de încredere" cu pacientul. Stabilirea unor bune relaţii cu pacientul implică şi stabilirea de limite care să evite escaladarea relaţiei medic-pacient de către pacienţii insistenţi.

• ***De ce ne interesează?***

Bolile psihosomatice ne interesează pentru că reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcţionale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă şi incapacitate socială şi presupun:

- Investigaţii in extenso
- Spitalizări numeroase
- Proceduri de diagnostic invazive

- Tratamente medicale/polipragmazie
- Metode recuperatorii costisitoare
- Boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme
- Pacienții sunt pasați de la un medic la altul / Contratransfer negativ

• ***Etiologie***

Din punct de vedere etiologic există mari teorii importante pentru a explica bolile psihosomatice

1. **Teoria specificității**. Această teorie postulează existența unor stresuri sau tipuri de personalitate specifice pentru fiecare boală psiho-somatică şi este exemplificată în mod tipic de lucrările a doi cercetători:

    a. **Flanders Dunbar –** a descris trăsături de personalitate specifice pentru o tulburare psihosomatică (de exemplu, personalitatea coronariană). Personalitatea de tip A munceşte mult, este agresivă, iritabilă şi susceptibilă de îmbolnăvirea de inimă.

    b. **Franz Alexander –** a descris conflicte inconştiente care produc anxietate, sunt mediate de sistemul nervos autonom şi au drept rezultat o tulburare specifică (de exemplu, nevoile de dependență reprimate contribuie la ulcerul peptic).

2. **Factorii de stres nespecifici**. Această teorie afirmă că orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice care apar într-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de şoc, care este vulnerabil genetic la stres: unii pacienți sunt reactori cardiaci, alții sunt reactori gastrici, iar alții sunt reactori tegumentari. Persoanele care sunt cronic anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli somatice sau psihosomatice.

• ***Tulburările somatoforme. Definiții şi cadru conceptual***

Manualul DSM-IV (1994) subliniază că trăsătura comună a tulburărilor somatoforme este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicinii interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situație aparținând medicinii generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă şi de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice.

• ***Grupa Tulburări Somatoforme în DSM-IV***

- **tulburarea de somatizare** (care din punct de vedere istoric se referea la isterie sau sindromul Briquet) este o tulburare polisimptomatică ce debutează înaintea vârstei de 30 de ani, evoluează mai mulți ani şi se caracterizează printr-o combinație de durere şi simptome gastro-intestinale, sexuale şi pseudo-neurologice.
- **tulburarea somatoformă** nediferențiată se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă, care durează cel puțin 6 luni şi se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare.
- **tulburările de conversie** implică simptome inexplicabile sau deficite, care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială sau sugerează o situație neurologică sau alte situații de medicină generală. Factorii psihologici se apreciază că sunt asociați cu simptomele sau deficitele.
- **tulburările durerii** (tulburări somatoforme de tip algic) sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică. În plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei.

- **hipocondria** este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe greşita interpretare a simptomelor corporale sau a funcţiilor corporale.
- **tulburarea dismorfofobică** este preocuparea pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

• ***Somatizarea şi psihanaliza***

Problema somatizării i-au determinat pe **Freud** şi **Breuer** să dezvolte conceptele de ***inconştient***, ***conflict***, ***apărare*** şi ***rezistenţă***. În epoca victoriană, simptomele somatice neexplicabile erau considerate semne exterioare ale unor tulburări psihologice subiacente (bazale). Insistenţa permanentă a pacienţilor, care cereau recunoaşterea naturii somatice a simptomelor lor, a fost considerată un mecanism de apărare împotriva cauzelor psihice care stau de fapt la originea lor.
În ultimii 100 de ani s-au înregistrat puţine progrese în ceea ce priveşte explicarea somatizării. Pacienţii cu tulburări de somatizare păstrează aceleaşi reticenţe, scepticism şi sentimente de frustrare faţă de explicaţiile psihologice care li se dau.

• ***Afectivitatea negativă (AN) şi somatizarea***

Subiecţii cu A.N. au un nivel înalt de disconfort şi insatisfacţie, sunt introspectivi, stăruie asupra eşecurilor şi greşelilor lor, tind să fie negativişti, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalţi şi ale lor. Afectivitatea negativă are trăsături similare cu alte tipologii dispoziţionale cum ar fi nevroticismul, anxietatea, pesimismul, maladaptivitatea. Indivizii cu afectivitate negativă intensă:

- sunt hipervigilenţi în privinţa propriului corp;
- au un prag redus în ceea ce priveşte sesizarea şi raportarea senzaţiilor somatice discrete;
- au o viziune pesimistă asupra lumii;
- sunt mai îngrijoraţi în privinţa implicaţiilor situaţiilor percepute;

- au un risc mai mare de somatizare şi hipocondrie;
- sunt mai predispuşi să raporteze simptome în cursul tuturor situațiilor.

Mai mult, studii recente sugerează că tendința de a relata simptome şi afectivitatea negativă sunt ereditare. În 55% din cazuri trăsăturile afectivității negative pot fi atribuite factorilor genetici şi numai în 2% din cazuri mediului familial comun. Sesizarea şi raportarea simptomelor somatice depinde de modul de prelucrare zonală a informației în creier. Abilitatea de raportare a simptomelor depinde, la rândul ei, de buna funcționare a centrilor limbajului în lobii temporali şi parietali. **Gray J** (**1982**) relevă importanța centrilor inhibitori din creier (din zona septumului şi hipocampului) în influențarea diferențelor individuale în ceea ce priveşte afectivitatea negativă. Autorul consideră că indivizii pe care el îi numeşte cu „trăsături anxioase“ (cu afectivitate negativă) au aceşti centri inhibitori hiperactivi, ceea ce le determină caracterul hipervigilent. Aceasta afectează probabil raportarea simptomelor atât prin nivele înalte de afectivitate negative, cât şi printr-o hiperatenție privitoare la propriul corp.

Dintre tulburările personalității cele mai frecvent implicate sunt: tulburarea histrionică, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea dependentă. Studii corelative s-au făcut nu doar la nivelul unor trăsături de personalitate, ci şi a asocierii dintre tulburările de somatizare şi alte tulburări psihiatrice. Cum era şi de aşteptat, multe studii arată o relație strânsă între somatizare şi depresie.

O serie de studii făcute în anul 1988 demonstrează că somatizarea este mai puternic asociată cu antecedentele de depresie ale individului decât cu diagnosticul curent de depresie. Alte studii au demonstrat asocieri asemănătoare cu tulburările de anxietate, dar nu există studii care să includă suficienți subiecți pentru a putea trage concluzii privitoare la diagnosticele psihiatrice mai rare.

• ***Modele ale somatizării***

Somatizarea ca mecanism de apărare psihologic Corespunde unui model tradiţional care consideră raportarea simptomelor somatice şi recurgerea la asistenţă medicală nonpsihiatrică drept rezultat al prezentării modificate a unor tulburări psihice. Deci somatizarea ar fi o expresie „mascată" a bolii psihice.	***Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinţei*** Acest model este legat de stilul perceptual presupunând că pacienţii tind să perceapă şi să raporteze nivele înalte din toate tipurile de simptome. Această tendinţă de a trăi stări emoţionale neplăcute a fost descrisă de **Watson** şi drept afectivitate negativă. Studii făcute pe voluntari sănătoşi au arătat o rată înaltă a raportării de simptome la cei cu stări de afectivitate negativă.
Somatizarea ca tendinţă de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune Acest model ia în considerare rolul suferinţei psihologice în determinarea cazurilor în care pacienţii solicită ajutor medical pentru simptome care preexistă. Acest model presupune că simptomele somatice neplăcute sunt ubicuitare şi că doar stările afective negative îi determină pe indivizi să ceară ajutor medical pentru simptome pe care altfel le-ar putea ignora. Suferinţa psihologică îi determină pe cei cu somatizare să interpreteze senzaţii fizice comune corporale ca dovezi ale unei boli (**Mechanic**, **1982**). Cei cu tulburări emoţionale se adresează medicului pentru simptome comune pe care ceilalţi le depăşesc fără ajutor medical.	***Somatizarea ca o consecinţă a suprautilizării asistenţei medicale*** Acest model consideră somatizarea ca răspuns la stimularea realizată de sistemul de asistenţă medicală. El consideră utilizarea serviciilor medicale mai degrabă o cauză a raportării simptomelor decât o consecinţă a acestora. Această ipoteză accentuează asupra tendinţei factorului cultural şi a corpului medical de a întări comportamentul de boală şi raportarea simptomelor. Cu cât sistemul de îngrijire medicală şi instituţiile medicale au în vedere în special simptomele corporale, somatizarea iatrogenică are şanse deosebite de a se afirma. Exemplul somatizării frecvente printre studenţii medicinişti ilustrează acest model.

Medicina psihosomatică se bazează pe faptul că „emoțiile pot provoca modificări marcate în funcția organică". Evoluția, caracterul şi durata bolilor organice, poate chiar rezistența la tratament sunt influențate de conflictele interioare, de mecanisme de apărare inadecvate etc. În afara tulburărilor somatoforme, a tulburărilor de conversie şi a simptomelor funcționale (nevroze de organ), medicina psihosomatică recunoaşte influența stresului, a reacțiilor emoționale asupra organismului.

• ***Exemple de tulburări psihosomatice***

- **Aparatul respirator**: astmul bronşic, tusea şi sughițul, hiperventilația
- **Aparatul cardiovascular**: tulburări de ritm cardiac, hipertensiunea arterială esențială
- **Aparatul gastrointestinal**: gastrite, ulcer gastric, diareea emoțională, colon iritabil
- **Sistemul endocrin**: boli tiroidiene, diabet
- **Pielea**: urticarie, pruritul, psoriazis, dermatite atopice
- **Aparatul genitourinar**: dismenoreea, polakiuria
- **Aparatul osteoarticular şi muscular**: lombalgiile
- **Cefaleea**

ASTMUL BRONŞIC

- Crizele sunt precipitate de stres, infecții respiratorii, alergii.
- Se examinează dinamica familială, în special atunci când bolnavul este copil. Se va căuta dacă există hiperprotecție şi se va încerca încurajarea activităților independente potrivite.
- Teorii psihologice: dependență şi anxietate de separare intense wheezing-ul astmatic este un strigat (chemare) suprimat după iubire şi protecție.
- Profilul personalității: trăsături anxioase, evitantă, isterice, ipohondriace.
- Psihanalitic: conflictul dintre „dorința şi teama de tandrețe", capacitatea alterată de „a da şi a lua".

TUSEA ŞI SUGHIȚUL

- Simbolizează încercarea de uşurare de tensiune interioară sau de a scăpa de dorințele şi pulsiunile percepute ca fiind periculoase.
- Tusea „protest" este expresia unei furii imposibil de exprimat în cuvinte, desgust sau ostilitate.
- Are ca echivalent digestiv vomitarea.
- Apare când mecanismul reprimării nu mai este suficient.
- Terapii de grup, verbalizarea, instruirea autogenă.
- Sughițul – frecvent la copiii expuşi unor comportamente ambivalente din partea părinților: generozitate extremă, punitivitate exagerată.
- Exprimă sentimentul lipsei de protecție, lipsa afecțiunii.

SINDROMUL DE HIPERVENTILAȚIE

- Însoțeşte tulburarea de panică, tulburarea de anxietate generalizată.
- Asociază tahicardie, vasoconstricție, transpirații, extremități reci, angină dureri abdominale, meteorism, spasme în extremități, parestezii.
- 90% au origine emoțională.
- Femei: Bărbați – 3:1.
- În depresia anxioasă, fobii, persoane ipohondriace, personalitățile dependente.
- Sunt cei care „îşi reține sentimentele, suportând prea mult".

NEVROZA CARDIACĂ

- Persoana de tip A este agresivă, iritabilă, uşor frustrabilă şi predispusă la boala arterială coronariană.
- Presiunea socială de a adopta un rol, un comportament opus aptitudinilor şi pulsiunilor obişnuite; ostilitate oprimată, agresivitate – colericul.
- Aritmiile sunt frecvente în stările anxioase. Moarte subită prin aritmie ventriculară la unii bolnavi care trec printr-un şoc psihologic sau o catastrofă masivă.

- La hipertensiv: conflictul între impulsiunile agresive şi sentimentele de dependenţă.
- Se indică modificări ale stilului de viaţă: încetarea fumatului, descreşterea aportului de alcool, scăderea în greutate, scăderea colesterolului pentru limitarea factorilor de risc.
- Psihoterapie centrată pe conflict (problem oriented).

APARATUL DIGESTIV

- Afecţiunile aparatului digestiv sunt centrate pe nevoia de siguranţă, protecţie – hrana reprezintă „forma elementară de posesie", iar digestia – modul de management, utilizare „a ceva dobândit".
- Sentimentul de ispăşire – negativism alimentar, vinovăţia, ura, furia – inapetenţă, vomă.
- Constipaţia, meteorismul, diareea – conflictul dintre „a da şi a reţine, a păstra"; conflictul între dependenţă şi independenţă.

Semnificaţia psihologică	Simptome digestive
Dificultate în iniţierea şi stăpânirea unei situaţii	**Stomatite, gingivite**
Dificultatea de a accepta o situaţie	**Tulburări de deglutiţie**
Desgust, repulsie	**Anorexie, greaţă, vomă**
Dificultatea cronică de a gestiona o situaţie	**Dureri gastrice, hipermotilitate, spasm piloric sau ulcer**
Incapacitate de a finaliza	**Durere, colită, colon iritabil**
Incapacitate de a se despărţi de ceva	**Constipaţie cronică**
Dorinţa de a se elibera de ceva, de a scăpa	**Diaree cronică**

AFECŢIUNILE PIELII

- Pielea – organul cu cea mai importantă expresie psihosomatică.
- Înroşirea, paloarea, „pielea de găină" sunt expresii ale conflictelor noastre interioare, emoţiilor.
- Pielea şi creierul sunt singurele organe cu aceeaşi origine embriologică – ectoderm.

- Expresii ca „a avea obrazul gros”, „a te băga pe sub pielea cuiva”, „a nu-şi încăpea în piele” ilustrează relaţia dintre acest organ şi emoţii, caracter.
- Atingerea pielii, masajul, reflexoterapia, aromoterapia determină reacţii psihice, au acţiune terapeutică.
- Pot apărea ca boli sau simptome cu expresie psihosomatică: urticaria, pruritul, pruritul ano-genital, psoriazis, dermatite atopice.
- Semnifică imposibilitatea exprimării sentimentelor de furie, independenţă, conflictele interpersonale.
- Apar cu predilecţie la persoanele anxioase, obsesionale, cu nevoie crescută de control sau la persoanele cu grad crescut de dependenţă.

Cu toate că majoritatea tulburărilor somatice sunt influenţate de stres, conflicte sau de anxietate generalizată, unele tulburări sunt afectate mai mult decât altele. În DSM-1V-TR tulburările psihosomatice sunt incluse în clasificare sub numele de „factori psihologici ce afectează condiţia medicală”.

- ***Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru factorii psihosociali care afectează condiţia medicală***

A. Este prezentă o condiţie medicală generală.

B. Factorii psihologici afectează advers condiţia medicală generală într-unul din următoarele moduri:

(1) Factorii au influenţat evoluţia condiţiei medicale generale, fapt indicat de asociaţia strânsă în timp dintre factorii psihologici şi apariţia sau exacerbarea condiţiei medicale generale, sau întârzierea recuperării.
(2) Factorii interferează cu tratamentul condiţiei medicale generale.
(3) Factorii constituie riscuri de sănătate adiţionale pentru persoana respectivă.
(4) Răspunsuri fiziologice legate de stres precipită sau exacerbează simptomele unei condiţii medicale generale.

Tulburare mintală ce afectează condiția medicală (de exemplu, o tulburare psihică cum ar fi depresia majoră care întârzie recuperarea după un infarct miocardic).

Simptome psihologice ce afectează condiția medicală (de exemplu, anxietate ce exacerbează astmul).

Trăsături de personalitate sau stil de *coping* ce afectează condiția medicală (exemplu, negarea patologică a nevoii de intervenție chirurgicală la bolnav cu cancer, comportamentul ostil, „mereu sub presiunea timpului", care contribuie la boala cardio-vasculară).

Comportamente de sănătate maladaptative ce afectează condiția medicală (exemplu, lipsa de exerciții fizice, sex fără măsuri de siguranță, consum excesiv de alimente).

Răspuns fiziologic legat de stres ce afectează condiția medicală (exemplu, exacerbarea legată de stres a ulcerului, hipertensiunii, aritmiei sau cefaleei prin tensiune)

Alți factori psihologici ce afectează condiția medicală (exemplu, factori culturali, religioşi, interpersonali).

7. ALCOOLISMUL ŞI SĂNĂTATEA MINTALĂ

• ***Scurt istoric despre alcool şi alcoolism***

Consumul de alcool datează din cele mai vechi timpuri. Există anumite indicii că omul de Cro-Magnon (aproximativ din anul 40.000 î.e.n.) cunoştea prepararea unor băuturi fermentate. Aceste băuturi serveau preponderent drept aliment sau ofrande. Cele mai vechi documente istorice în care sunt menţionate băuturile alcoolice datează de aproximativ 6.000 de ani. În toate scrierile vechi din Mesopotamia, Egipt, China, Grecia precum şi în Biblie găsim mărturii despre folosirea băuturilor alcoolice, dar şi despre abuzuri în consumul lor. Cel mai vechi document scris care conţine referiri la vin şi la bere este considerat a fi papirusul lui Eber, scris în anul 1500 î.e.n. şi care conţine şi prescripţii medicale. Consumul de alcool apare şi în scrierile lui Homer, Herodot, Aristotel şi Platon. În tratatul asupra rănilor, Hipocrate menţiona folosirea pansamentelor cu vin cu excepţia rănilor articulare. Ca substanţă aparte, alcoolul a fost produs mult mai târziu, în jurul anului 1.000, prin invenţia unei tehnici performante de distilare. Aceasta înseamnă că băuturile spirtoase există numai începând din Evul Mediu. Odată cu începerea cultivării viţei-de vie, anticii au

descoperit metoda obținerii vinului. Importanța acestuia este relevată de apariția în mitologie a unor zei care ocroteau cultura viței-de-vie, dacă ar fi să-i amintim doar pe Bacchus al românilor sau pe Dionisos al grecilor, cărora le erau dedicate serbări speciale. Dar aceşti zei erau consideraţi şi zei ai veseliei, ai comportamentului inadecvat şi ai băutorilor, dovadă că încă din antichitate s-a făcut legătura între consumul de alcool şi manifestările intoxicației cu alcool, iar faptul că intoxicația alcoolică produce simptome psihice este ilustrat perfect de cuplul Dionisos-Silen, unde ultimul era un satir, ale cărui caracteristici principale de comportament erau veselia, aproape întotdeauna inadecvată, şi dezinhibiția sexuală. Paracelsus este socotit primul care a dat numele de Alckhol substantei volatile obtinute la distilarea vinului. Cuvântul alcool îşi are originea în limba arabă – *al* articol şi *cohol* „**lucru subtil**"

Către sfârşitul secolului al XVIII-lea, medici din Anglia şi Germania au definit pentru prima data **dependența de alcool** ca fiind o **boală** şi au descris-o ca atare.

Termenul de alcoolism a fost utilizat prima dată în 1849 de către medicul suedez Magnus Huss. În 1977, Organizația Mondială a Sănătății a publicat un document cu titlul: „Incapacități legate de consumul de alcool" care a încercat să integreze conceptul existent de „alcoolism". În 1979 termenul „alcoolism" a fost eliminat din clasificarea internațională a bolilor şi înlocuit cu „sindromul de dependență alcoolică".

• ***Mituri despre alcoolism***

Există o serie întreagă de mituri legate de alcoolism, care fac parte din mecanismele de apărare la nivel individual şi social (negare, raționalizare).

- Unul dintre mituri spune că alcoolismul este transmis genetic, de la părinte la copil şi că, prin urmare, pot deveni alcoolici doar cei cu antecedente în familie.
- Un alt „mit" al alcoolismului este acela că ar exista o diferență netă între băutorul „normal" şi alcoolic. Problema constă în

aceea că toți alcoolicii, cu puține excepții, se cred băutori „normali”. În faza gravă a bolii, se pierde controlul cantității băute, şi un prim pahar declanşează impulsul nestăpânit de a continua băutul, până la intoxicație. În acel moment s-a depăşit stadiul de „băutor social normal”.

- Se spune că oamenii beau pentru că au necazuri. De fapt, în marea majoritate a cazurilor este exact invers: necazurile apar datorită băuturii.
- „Când sunt băuți, oamenii îşi arată adevăratul caracter”. Este adevărat că alcoolul conduce la dezinhibiție, dar starea de intoxicare cu alcool determină modificări ale vigilității, cogniției şi chiar afectivității.
- „Băuturile naturale nu sunt dăunătoare”. De fapt, ele conduc în aceeaşi măsură la alcoolism.
- „Berea, fiind slabă ca tărie, nu dăunează”. Fiecare băutură are măsura sa (paharul potrivit). Într-o halbă de bere se află mai mult alcool decât într-un păhărel de vodcă. Pe de altă parte, este cunoscută „cardiopatia băutorului de bere”, o boală cardiacă severă care constă în creşterea volumului inimii cu scăderea forței sale de contracție.
- „Alcoolul dă putere”. Adevărul este că alcoolul slăbeşte organismul.
- „Alcoolul încălzeşte”. De fapt, alcoolul amorțeşte o parte a senzorilor pielii, ceea ce te face să nu simți frigul pe moment. Acesta este motivul pentru care mulți alcoolici adorm liniştiți iarna în zăpadă, părându-li-se cald, şi până dimineață mor înghețați sau suferă degerături grave. Alcoolul eliberează, este drept, căldura din interior, la nivelul pielii, care se încălzeşte, antrenând de fapt o pierdere de căldură a organismului.

• ***Alcoolismul: între viciu şi boală***

În general se consideră că este prezentă o boală atunci când:

1. sunt evidente modificări fizice şi/sau psihice care se deosebesc evident de starea de sănătate,

2. aceste modificări pot fi percepute subiectiv şi obiectiv,
3. necesită supraveghere medicală sau tratament,
4. nu sunt provocate în mod conştient de cel în cauză,
5. pot avea ca urmare incapacitatea de muncă.

De asemenea**,** boala presupune un **dezechilibru involuntar** cauzat de agenţi din mediul extern sau intern al organismului, presupune un **grup de simptome** specifice şi cunoaşte o **evoluție progresivă** şi **predictibilă**.

Pornind de la această definiție, **alcoolismul** sau **sindromul de dependență alcoolică** este o boală primară, cronică, influențată în dezvoltarea şi manifestările ei de interacțiunea factorilor ce țin de personalitate cu cei ai mediului, cunoaşte o evoluție predictibilă şi progresivă, adesea putând fi fatală şi se caracterizează prin pierderea controlului asupra consumului de alcool, constant sau periodic, prin preocuparea față de alcool şi consumul de alcool în ciuda consecințelor nefaste şi a dereglărilor gândirii.

Alcoolismul este o **boală primară**, pentru că nu prezintă un sindrom al unei alte stări de boală existentă, ci poate cauza ea însăşi alte tulburări fizice sau psihice sau le agravează pe cele existente. În modul cel mai evident, alcoolismul ca boală poate fi recunoscut prin consecințele intoxicației, adică în leziuni ale ficatului, stomacului şi sistemului nervos central sau periferic, provocate de alcool.

Natura de **boală cronică** a alcoolismului atrage atenția asupra **caracterului permanent** al bolii. Persoana dependentă de alcool va rămâne toată viața cu această boală. Scopul tratamentului nu constă în restabilirea stării inițiale de sănătate, ci în reducerea complicațiilor şi extinderea posibilităților de a trăi o viață satisfăcătoare.

Dependența de alcool are un **caracter predictibil**, pentru că cunoaşte aceeaşi evoluție pentru toți cei care consumă alcool şi este **progresivă** pentru că persistă în timp şi netratată se agravează, iar starea dependentului se înrăutățeşte.

Din păcate, alcoolismul este o **boală multifazică** pentru că afectează individul pe toate planurile – familial, material, intelectual, social, profesional, emoțional şi al sănătății – manifestându-se în toate prin consecințe nefaste.

De asemenea, tot de abatere de la normal este vorba şi în ceea ce priveşte **pierderea autocontrolului** şi **incapacitatea de a fi abstinent**, nemaiputând fi posibile anumite procese de frânare şi control față de alcool, iar capacitatea de control nu poate fi recâştigată nici prin tratament. Specialiştii nu pot prezice cu certitudine care dintre consumatorii de băuturi vor deveni alcoolici. Tratamentul alcoolismului se adresează, aşadar, personalității în complexitatea ei, tuturor domeniilor de viață şi de comportament ale persoanei în cauză şi nu se referă doar la vindecarea anumitor simptome cum ar fi bolile hepatice. Deoarece **dependența psihică** este o problemă mai complicată, specialiştii în domeniu fac parte din alte categorii profesionale decât în cazul bolilor clasice, cea mai importantă contribuție la tratament şi-o aduc psihologii, asistenții sociali şi terapeuții formați în domeniul adicțiilor. Rezultate notabile se obțin şi în grupele de întrajutorare de tipul Alcoolicilor Anonimi.

În cazul alcoolismul, deşi sunt prezente toate aceste caracteristici, nu avem de a face cu o **boală în sens clasic**. Această afirmație este susținută de o serie de factori, cum ar fi faptul că, deşi apar vătămări grave ale organismului, ele nu sunt nici cauza bolii, nici indispensabile diagnosticării ei. Nimeni nu se poate contamina de alcoolism şi nici nu se poate îmbolnăvi de el, ca în cazul altor boli. De fapt alcoolismul este o boală cu proprie participare. O altă deosebire costă în faptul că, în tratamentul altor boli, pacientul suportă pasiv o intervenție, cum ar fi în cazul unei apendicite, unde vindecarea depinde doar de măiestria chirurgului.

• ***Efectele consumului de alcool***

Efectele consumului de alcool pot fi împărțite în efecte de scurtă şi lungă durată.

Efecte de scurtă durată

Chiar la doze mici, alcoolul afectează semnificativ judecata şi coordonarea mişcărilor necesare condusului unui autovehicul sau manevrarea în siguranţă a aparatelor. De asemenea, doze scăzute sau moderate de alcool pot creşte incidența actelor agresive, incluzând aici violența domestică sau abuzul copiilor. Efectele unei cantități moderate de alcool includ amețeala şi comunicativitatea (alcoolul te face vorbăreț), dar o cantitate mai mare poate provoca dificultăți de vorbire, tulburări de somn, greață şi vomismente. Un efect foarte cunoscut este „mahmureala", care presupune: dureri de cap, greață, sete, amețeală, oboseală, hiperestezie senzorială – în special la stimuli auditivi sau lumină puternică.

Efectele pe termen lung

Consumul abuziv, prelungit de alcool poate conduce la adicție. Întreruperea bruscă a consumului de alcool poate produce simptome de sevraj alcoolic, caracterizat prin: anxietate, tremor, halucinații şi convulsii. Cele mai frecvente consecințe ale unui consum prelungit de alcool în cantități mari sunt:

- Afectarea permanentă a organelor vitale
- Diferite tipuri de cancer
- Iritație gastro-intestinală, greață, diaree, ulcer
- Deficiențe nutriționale
- Disfuncții sexuale
- Hipertensiune arterială
- Scăderea imunității
- Mamele care beau alcool în timpul naşterii pot da naştere unor copii cu sindromul alcoolic fetal – retard mintal, anomalii fizice ireversibile, risc crescut de alcoolism.

• ***Consecințele alcoolismului în cifre***

- Mai mult de 100.000 /an din cazurile de deces din SUA sunt cauzate de consumul excesiv de alcool. Cauzele directe şi

indirecte includ: accidentele de maşină, ciroza hepatică, accidentele vasculare, căderile, cancerul.

- Cel puțin o dată pe an, cantitatea de alcool recomandată pentru un risc scăzut de alcoolism este depăşit de un procent de 74% bărbați şi 72% femei peste 21 de ani.
- 65% din tinerii intervievați au afirmat că îşi procură alcoolul de la membrii familiei sau de la prieteni.
- Aproape 14 milioane de americani îndeplinesc criteriile pentru tulburările induse de uzul de alcool.
- Tinerii care consumă alcool au o probabilitate de 50 de ori mai mare să folosească droguri decât cei care nu beau niciodată alcool.
- Între băutori, mai mult de jumătate afirmă că au o rudă care este alcoolic sau are probleme cu alcoolul.
- Bărbații sunt de 4 ori mai predispuşi să fie mari consumatori de alcool.
- Mai mult de 18% dintre americani au avut experiența abuzului de alcool sau dependenței de alcool la un anumit moment al existenței lor.
- Accidentele rutiere sunt principala cauză de moarte pentru persoanele între 6 şi 33 de ani. 45% dintre aceste cazuri sunt accidente provocate de alcool.
- În SUA, problemele determinate de consumul de alcool de către minori costă mai mult de 58 miliarde de dolari/an, suficient pentru a achiziționa fiecărui elev un computer de ultimă generație.
- Alcoolul este cel mai folosit drog în rândul tinerilor.
- În medie, băutorii „problemă" au de 4 ori mai multe zile de spitalizare decât cei care nu consumă alcool – în primul rând din cauza traumatismelor pe fond de intoxicație cu alcool.

- Alcoolul ucide de 6,5 ori mai mulți tineri decât celelalte droguri la un loc.

• ***Date epidemiologice şi complicații ale alcoolismului***

- Problemele legate de alcool încep de obicei la vârsta de **16-30** ani.
- Prevalența abuzului / consumului de alcool **– 13,6%** în populația generală.
- Probleme medicale induse de alcool **– 7,4%**.
- **Doar** 22% **dintre aceştia apelează la servicii de specialitate. Adresabilitatea acestor pacienți se împarte în mod egal între medici generaliști şi medici psihiatri.**
- **53%** dintre persoanele cu alcoolism au o boală psihică în relație de comorbiditate.
- 25% **dintre pacienții unui spital general şi** 20% **din pacienții policlinicilor au diverse tulburări legate de alcool.**

COMPLICAȚII MEDICALE	ALTE COMPLICAȚII
• Gastrită • Pneumonie • Insuficiență hepatică • Ulcer • Pancreatită • Hematom subdural • Cardiomiopatie • Anemie • Neuropatie periferică • Sdr. alcoolic fetal • Psihoza Korsakoff • Demență alcoolică • Creşterea riscului apariției cancerului de limbă, laringe, esofag, stomac, ficat, pancreas	• Creşterea criminalității globale (violuri, molestarea copiilor, tentative de crimă, crime) • Creşterea numărului de accidente rutiere • Creşte numărul tentativelor de suicid (o rată a suicidului de 60-120 de ori mai mare, cu un risc suicidar de 2%-3,4% în timpul vieții)

În domeniul disciplinei sănătății mintale, dependența de alcool ocupă un loc special prin consecințele multiple pe care le are atât la nivel individual cât şi social. Alt aspect de importanță majoră al alcoolismului în plan medical, respectiv familial şi social este comorbiditatea.

• ***Comorbiditatea sau dublul diagnostic***

Comorbiditatea sau dublul diagnostic reprezintă prezența a cel puțin două tulburări/boli la acelaşi pacient. Statistica arată că 76% din femeile şi 65% din bărbații cu diagnostic de abuz/dependență de substanțe (exceptând dependența de nicotină) au un alt diagnostic adițional. Dintre cei care pe durata vieții întrunesc criteriile de diagnostic ale unei adicții la o substanță, 38-51% primesc cel puțin încă un diagnostic psihiatric. Cele mai frecvente tulburări psihice asociate sunt, în ordine descrescătoare:

Bărbați	**Femei**
Adicția de o altă substanță decât alcoolul	Mania
Tulburarea de personalitate antisocială	Depresia majoră
Mania	Tulburarea de personalitate antisocială
Distimia	Distimia

Se observă cu uşurință că diagnosticele sunt aceleaşi, dar frecvența de apariție în relație de comorbiditate cu dependența de alcool este diferită la bărbați şi femei.

Un studiu de prevalență pe durata vieții efectuat pe alcoolici a constatat că:

- Tulburarea bipolară a fost de 2 ori mai frecventă la alcoolici.
- Tulburarea de panică şi fobia socială au fost mai frecvente la alcoolici.
- 25-50% din alcoolici prezintă criterii ale tulburării anxioase.

- Dependența de alcool se asociază cu o tulburare depresivă în 30-40% din cazuri, fiind mai frecventă la femei, la cei cu consum mare de alcool şi la cei cu istoric familial de alcoolism.
- Comorbiditățile sunt mai frecvente la populația cu adicții din închisori.

• ***Screeningul alcoolismului. Detecția precoce***

Problema screeningului sau a detecției precoce este o problemă de sănătate publică şi una dintre schimbările majore ale medicinei din ultimele decenii. Ea a apărut odată cu modificarea strategiei de depistare a cancerului de sân, a diabetului, a hipertensiunii arteriale în stadii cât mai precoce. Cercetările din ultimii ani au dezvoltat metode ieftine şi eficiente de identificare şi management al consumului de alcool sau a problemelor determinate de acesta – detecția şi intervenția scurtă – „*early detection"* şi „*brief intervention"*.

Consumatorul cu risc crescut este acel individ care consumă alcool peste o limită obişnuită în cultura din care face parte şi bea mai mult decât este nedăunător într-o ocazie de consum. Mulți consumatori trec dintr-o categorie în alta prin creşterea sau reducerea consumului în anumite perioade. Dacă dorim reducerea problemelor induse de alcool în populația generală, atenția trebuie îndreptată asupra problemelor uşoare şi moderate date de alcool, înainte ca ele să devină o problemă de sănătate.

Screeningul reprezintă modalitatea prin care se identifică indivizii cu probleme date de alcool. El presupune o utilizare rapidă a unei proceduri necostisitoare atât ca timp, cât şi ca modalitate de utilizare. Scopul screeningului (triaj) este de a decela şi trata această problemă într-un stadiu precoce, înainte de debutul unor boli când demersurile terapeutice sunt mult mai scumpe. În evaluarea alcoolismului, screeningul este prima etapă, urmând evaluarea specifică a simptomelor şi semnelor, formularea diagnostică şi evaluarea consecințelor somatice şi psihice ale consumului de alcool.

Există trei mijloace de screening:

1. teste de laborator – detectează modificări ale fluidelor organismului sub consumul de alcool (exemplu, dozarea enzimei gama-glutamil-transferaza);
2. examinare clinică (exemplu, mărirea de volum a ficatului, tremorul limbii sau a mâinilor, modificări de vascularizație a pielii – „steluțe vasculare");
3. chestionare şi scale de autoevaluare.

Ultima metodă reprezintă principala metodă de screening, având avantajul unui cost scăzut, o acceptanță mare şi posibilitatea de a fi aplicate de un personal cu antrenament limitat. Procedura tipică a realizării screeningului consumului de alcool cuprinde următorii paşi:

1. identificarea consumului de alcool: *Consumați băuturi alcoolice?*. Un răspuns pozitiv implică trecerea la următorul pas;

2. determinarea cantității şi frecvenței consumului. Pentru a standardiza această determinare s-a hotărât ca unitatea internațională standard de consum să fie numită „drink – o băutură" reprezentând 12 g de alcool pur (1 sticlă bere de 330 ml, 1 pahar vin de 200 ml, 40 ml de tărie de 40 de grade). – *În medie, în câte zile din săptămână consumați băuturi alcoolice; Ce cantitate de alcool consumați în medie într-o zi?"*

   Această etapă a screeningului permite determinarea persoanelor cu risc. După Institutul de Alcoolism al Statelor Unite, o persoană aflată „la risc" de a dezvolta probleme induse de alcool este: un bărbat care bea mai mult de 14 „drinks-uri"/săptămânal sau mai mult de 4 drinks-uri într-o ocazie, o femeie care bea mai mult de 7 drinks-uri/săptămânal sau mai mult de 3 drinks-uri într-o ocazie, o persoană vârstnică care bea mai mult de 7 drinks-uri/săptămânal sau mai mult de 1 drink într-o ocazie.

   Decelarea detaliată a problemelor induse de alcool se face prin aplicarea chestionarelor specifice de screening prezentate în tabelul de mai jos.

INSTRUMENTE DE SCREENING	SCURTĂ DESCRIERE
AUDIT – Testul de Identificare a tulburării de uz al alcoolului	Chestionar care cuprinde 10 itemi. Furnizează informaţii despre cantitatea şi frecvenţa consumului, sindromul de dependenţă de alcool şi problemele cauzate de alcool
CAGE	Chestionar extrem de scurt de numai 4 itemi foarte folosit pentru uşurinţa la aplicare
SCALE DIAGNOSTICE DE COTARE	**SCURTĂ DESCRIERE**
ADS – Scala de dependenţă la alcool	Oferă o metodă de măsurare a severităţii sindromului de dependenţă
SADQ – Chestionar pentru evaluarea severităţii dependenţei alcoolice	
CIWA-r – Scală revizuită de evaluare a sevrajului la alcool în institute clinice	Necesită aproximativ 5-7 minute pentru administrare şi oferă o evaluare comprehensivă a sevrajului la alcool
INTERVIURI DIAGNOSTICE STRUCTURATE	**SCURTĂ DESCRIERE**
SCID – Interviu clinic structurat pentru DSM IV	Deşi oferă informaţii diagnostice detaliate, aplicarea acestor instrumente consumă extrem de mult timp
PRISM – Interviu de cercetare psihiatrică în tulburări mintale induse de substanţe	
EVALUAREA COMPORTAMENTULUI BĂUTORULUI	**SCURTĂ DESCRIERE**
EVALUĂRI ÎN PLANIFICAREA, PROCESUL ŞI REZULTATELE TRATAMENTULUI	**SCURTĂ DESCRIERE**
DrInC – Inventarul consecinţelor băutului	Evaluează tipul de consum, planificarea, procesul şi rezultatele tratamentului
ASI – Indexul de severitate a adicţiei	Se obţin indici de severitate pentru 7 domenii legate de sănătate, incluzând alcoolul, drogurile, domeniile psihiatric, medical, familial, social şi legal. În plus, măsoară schimbările severităţii şi frecvenţei folosirii alcoolului şi drogurilor în timp

• ***Să ne reamintim următorii termeni***

Toxicomania: consum patologic cronic sau periodic, impulsiv, care modifică starea afectivă sau de conştiinţă.
Dependenţa: se caracterizează prin tendinţa de creştere progresivă a dozelor de substanţă şi prin imposibilitatea de a opri, chiar şi pentru câteva zile, consumul fără ca aceasta să NU determine apariţia sevrajului.
Dependenţa este fizică şi psihică.
Dependenţa fizică, caracterizată prin apariţia sevrajului, include:
– efectele somatice ale utilizării repetate a substanţelor respective;
– în acest context intervin alţi doi termeni: toleranţa şi sevrajul.
Dependenţa psihică **–** *craving* şi căutarea compulsivă a substanţei = nevoia de a menţine şi regăsi senzaţia de plăcere, de bine, satisfacţia, stimularea pe care o aduce consumatorului, dar şi de a evita senzaţia de rău psihic care apare în lipsa consumului.
Sevrajul **–** stare de rău subiectiv, intens, în care pacientul caută să obţină prin orice mijloace drogul, însoţită de o perturbare biologică neurovegetativă şi dismetabolică de amploare, iar uneori de moarte.
Adicţia – „Addiction"

- noţiune descriptivă care defineşte comportamente caracterizate de acte repetate în care predomină dependenţa faţă de o situaţie sau un obiect material care este căutat şi consumat cu aviditate;
- în comportamentul adictiv persoanele deviază toate celelalte centre de interes, cu incapacitatea de a alege să nu realizeze gestul adictiv, care nu constituie, de altfel, o experienţă agreabilă;
- într-o manieră mai largă, sfera sa de aplicare nu poate fi limitată numai la alcoolism sau toxicomanie, făcând de asemenea parte din aceasta: bulimia, toxicofilia, jocul patologic (*gambling*), autoagresiunea, comportamente sexuale.

Cravingul sau apetenţa **–** Nevoia imperioasă pentru produsul respectiv şi căutarea compulsivă a acestuia este un fenomen care joacă un rol important în apariţia dependenţei

- Definiţia OMS = dorinţa de a experimenta din nou efectele unei substanţe anterior consumate.
- ***Crave*** (engl.) = a dori ceva cu ardoare implicând solicitare insistentă – „sete" de drog
- Comportamentul devine expresia acestei trăiri, condensându-se – în pofida oricăror riscuri şi neajunsuri – spre procurarea drogului.
- Aparţine fenomenului de dependenţă.

8. **TABAGISMUL**

Fumatul este o „epidemie” cu care se confruntă lumea modernă şi care produce anual mai multe victime decât SIDA, alcoolul, abuzul de droguri, accidentele de circulaţie, crimele, tentativele de suicid şi incendiile la un loc. Tabagismul stă la originea unor boli foarte grave, îndeosebi cancere, boli cardiovasculare şi boli respiratorii cronice. Se apreciază că el este cauza a 2 milioane de morţi pe an în ţările industrializate, dintre care aproximativ jumătate din decese survin înaintea vârstei de 65 ani.

• ***Scurt istoric al tutunului***

Este originar din Mexic, unde în secolul al VI-lea era folosit pentru anumite ritualuri religioase. Indienii numeau planta „tobacco” şi o foloseau la diferite ritualuri magice, fumând-o în pipe special confecţionate. A fost introdus în Europa de către spanioli şi s-a răspândit foarte repede, începând cu Franţa (1560). În 1735, botanistul suedez Linné denumea tutunul „*Nicotian Tabacum”,* denumire care vine de la cel ce l-a răspândit în Europa, Jean Nicot. În Europa, obiceiul de a fuma a început după cel de-al doilea război mondial, cunoscând însă o răspândire rapidă în întreaga lume.

• ***Fumatul: influenţă, efecte şi complicaţii***

Tutunul este consumat, în principal, sub formă de ţigarete şi de ţigări de foi; el mai este şi prizat, mestecat sau fumat cu pipă. Fumul de tutun conţine nicotină (alcaloid toxic pentru aparatul cardiovascular şi presupus responsabil de fenomenul de dependenţă) şi de asemenea şi alte substanţe periculoase pentru sănătate, îndeosebi cele care rezultă din combustia tutunului, a hârtiei şi a aditivilor încorporaţi în ţigarete. Cele mai periculoase sunt gudroanele cancerigene şi oxidul de carbon. Tutunul este reprezentat, de fapt, de frunzele speciilor *N. tabacum* şi *N. rustica*, ce aparţin genului *Nicotiana*, din familia plantelor Solanacee, care cuprinde peste 100 de specii şi subspecii. Acestea conţin o substanţă alcaloidă, nicotina, care, odată pătrunsă în organismul uman, produce efecte de dependenţă farmacologică şi psihologică, întreţinând şi perpetuând obiceiul fumatului.
Multă vreme s-a crezut că nicotina este cel mai toxic agent activ al tutunului, deoarece este o otravă foarte puternică, o doză de 60 mg fiind suficientă pentru a omorî un om.
După inhalarea la nivel pulmonar, fluxul sangvin arterial preia această substanţă şi o transportă către creier într-un interval de 10 secunde. La acest nivel, nicotina se leagă de receptorii colinergici centrali, activând căile neuro-umorale, ducând la eliberarea de hormoni şi neurotransmiţători, incluzând acetilcolina, noradrenalina, dopamina, corticosteroizii, serotonina, hormoni hipofizari. Acest proces are ca urmări creşterea forţei de contracţie şi a frecvenţei cardiace, blocarea transmiterii durerii, reacţie corticală de trezire şi creşterea vigilenţei, relaxare etc. În acest mod se explică efectele euforice şi instalarea dependenţei de nicotină.

• ***Farmacologia nicotinei***

Nicotina din fumul de tutun este rapid absorbită şi atinge concentraţia cerebrală maximă într-un minut. Ţigaretele conţin în general 6-11 mg nicotină, din care sunt absorbite 1-3 mg. Astfel, o persoană care fumează un pachet de ţigări pe zi va absorbi aproximativ 40 mg nicotină zilnic. Timpul plasmatic de înjumătăţire a nicotinei este de aproximativ 2 ore. Datorită faptului că apare toleranţa, se simte nevoia de a fuma mai mult pentru a obţine efectul dorit.

• ***Efectele nicotinei***

Nicotina determină următoarele efecte:

- Relaxarea musculaturii scheletice
- Stimulare cerebrală cu creşterea serotoninei, opioidelor endogene, vasopresinei şi catecolaminelor
- Stimulează centrul recompensei din creier prin căile dopaminergice din centrul mezolimbic
- Îmbunătăţeşte atenţia şi învăţarea
- Are efect anxiolitic
- Reduce emoţiile negative
- Dozele mari pot produce o stimulare asemănătoare cu cea produsă de cocaină
- Reduce apetitul
- Produce modificări fiziologice care sunt răspunzătoare de instalarea toleranţei, dependenţei fizice şi a sindromului de sevraj

Reducerea concentraţiei plasmatice a nicotinei imediat după întreruperea fumatului stă la baza manifestărilor ce apar în cadrul **sevrajului nicotinic**. Acesta se instalează în decurs de 2 ore de la întreruperea fumatului, fiind maxim între 24-48 ore. Poate dura zile şi chiar săptămâni. Simptomele sevrajului nicotinic cuprind:

- Dorinţa puternică de a fuma
- Iritabilitate, furie, labilitate emoţională
- Anxietate
- Dificultăţi de concentrare
- Agitaţie
- Reducerea frecvenţei cardiace
- Creşterea apetitului şi câştigul în greutate (abandonarea fumatului este asociată cu o creştere medie în greutate de aprox. 2,75 kg)
- Stări depresive

Dacă majoritatea fumătorilor cunosc faptul că tutunul conţine nicotină, puţini ştiu că, în afară de aceasta, în fumul de ţigară se mai află alte aproximativ 4.000 de substanţe chimice, din care peste 300 sunt toxice

pentru om şi 43 sunt cancerigene. La prima vedere, identificarea compuşilor din fumul de tutun pare o sarcină insurmontabilă, însă, cercetările intensive şi progresele înregistrate în toxicologie şi carcinogeneză din ultimii ani au permis izolarea substanţelor cu cea mai crescută activitate toxică. Dintre acestea, monoxidul de carbon, nicotina şi gudroanele sunt agenţii toxici majori ai fumului de ţigară. Dar există mulţi alţii: oxizi de azot, cianuri, amoniac, precum şi aldehide volatile.

• ***Complicaţii medicale***

Afecţiunile legate de tabagism sunt foarte multe, compuşii toxici din fumul de tutun afectând practic toate organele. Frecvenţa îmbolnăvirilor în rândul fumătorilor este, per ansamblu, de 3,5 ori mai ridicată decât în rândul celor care nu fumează. Aerosolii de tutun vin în contact direct cu mucoasa cavităţii bucale, a faringelui, laringelui, esofagului şi cu mucoasa arborelui pulmonar, substanţele toxice din componenţa lor depunându-se la aceste niveluri. Mucoasa respiratorie permite pasajul compuşilor în sânge, fiind vehiculaţi în toate organele corpului şi având drept consecinţă vasta patologie asociată cu expunerea la fumat. Afecţiunile cele mai frecvente sunt cele pulmonare, reacţiile acute manifestându-se prin iritaţia şi inflamaţia mucoasei bronşice, responsabilă pentru apariţia unei expectoraţii excesive, tuse şi dezvoltarea edemelor pulmonar. Reacţiile tabagice cronice reprezentate de bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) se manifestă prin bronşită, emfizem pulmonar şi fibroză, cu un coeficient de risc de 20-36% pentru fumătorii peste 50 de ani ce consumă mai mult de 20 de ţigări pe zi.

Acumularea nocturnă a mucusului determină tusea matinală a fumătorului, necesară pentru permeabilizarea arborelui respirator invadat de mucus. Repetarea acestui fenomen în toate dimineţile, trei luni pe an, cel puţin doi ani consecutiv, constituie definiţia bronşitei cronice. Spre deosebire de aceasta, emfizemul pulmonar se caracterizează prin distrugerea pereţilor alveolari, cu apariţia unei insuficienţe respiratorii de tip restrictiv.

Aşadar, **afecţiunile respiratorii** care ating fumătorii sunt reprezentate, în principal, prin bronşita cronică. Aceasta poate evolua spre emfizem şi insuficienţă respiratorie cronică.

Fumatul poate provoca o serie de **cancere**: *cancerul de plămân.* Riscul cancerului de plămân creşte o dată cu intensitatea tabagismului, durata în ani a tabagismului fiind încă mai determinantă decât cantitatea fumată pe zi în apariția acestei boli: cu cât începutul tabagismului a fost mai precoce, cu atât mai mare este riscul apariției cancerului de plămân. *Cancerele gurii* (fumătorii de pipă, mestecătorii de tutun), *de rinofaringe, de laringe* şi *de esofag* sunt, de asemenea, în foarte numeroase cazuri, provocate de consumul de tutun. A fost demonstrată o asociere între anumite cancere (*cancerul de col uterin, cancerul vezicii*) şi tabagism. Compuşii toxici ai tutunului pot produce şi alte forme de cancer, cum ar fi cele ale *laringelui, faringelui, esofagului, pancreasului, rinichilor şi vezicii urinare.*

Bolile cardiovasculare sunt provocate de nicotină şi de oxidul de carbon, care perturbă oxigenarea țesuturilor, antrenând o creştere a riscului bolilor coronariene (angor, infarct miocardic), a aterosclerozei aortei (anevrism) şi a arteritei membrelor inferioare.

Substanțele toxice vehiculate pe cale sangvină conducând la o reacție inflamatorie cronică la nivelul peretelui vascular. După expuneri repetate, se constată rigidizarea vaselor sangvine, favorizând apariția plăcilor de aterom. Asocierea între defectele pereților vasculari şi fumat este tipică pentru ruptura anevrismelor de aortă sau pentru disecția de aortă. Riscul cardiac creşte dacă tabagismul se asociază cu alți factori de risc vasculari, precum contraceptivele orale (pilula). Riscul de arterită este mai ridicat la diabetici. Atunci când scleroza vasculară generată de tabagism afectează creierul, ea poate antrena un **accident vascular cerebral.** Fumatul este asociat, de asemenea, cu spasmul arterial şi cu tromboza la nivelul întregului pat arterial. Acest fenomen este prezent şi la nivelul arterelor coronare, cu favorizarea apariției anginei pectorale şi a infarctului miocardic, precum şi la nivelul arterelor cerebrale, crescând cu 50% riscul accidentelor vasculare cerebrale. Reluarea fumatului după infarct dublează mortalitatea la un an.

Alte afecțiuni legate de consumul de tutun sunt, în principal, ulcerul duodenal, ulcerul gastric, boala lui Crohn, osteoporoza şi herniile (legate de tusea fumătorilor). Trebuie menționat că greutatea corporală a fumătorilor este mai mică decât cea a nefumătorilor.

Alte efecte ale fumatului sunt: impotența pentru bărbați şi infertilitatea în cazul femeilor, deprimarea sistemului imunitar, creşterea riscului de apariție a osteoporozei, accentuarea ridurilor faciale, carențe de vitaminele A, C şi E. Fumatul alterează simțul gustativ şi olfactiv, iar ulcerele digestive sunt mai dese şi mai greu de tratat în cazul fumătorilor.

• ***Femeile şi tabagismul***

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) estimează că, în țările industrializate, o parte din cele 2 milioane de decese pe an legate de consumul de tutun atinge femeile, din cauza „consecințelor specifice ale tabagismului asupra sănătății femeilor şi copiilor lor". Se apreciază, în fapt, că riscul de mortalitate cardiovasculară creşte de 10 ori la femeile care fumează şi care utilizează şi pilula contraceptivă. Atunci când femeia este gravidă, tabagismul creşte, de altfel există riscul de avort spontan şi întârzie creşterea copilului. În sfârşit, la menopauză, fumătoarele sunt expuse unui risc mai crescut de osteoporoză (rarefiere a țesutului osos). La femei, tutunul este asociat cu cancerul de sân, de col uterin, de stomac, pulmonar şi ovarian.

Anticoncepționalele combinate cu nicotina pot provoca infarct miocardic. Femeile care iau anticoncepționale şi fumează au un risc foarte ridicat pentru apariția infarctului. În general, infarctele se produc la o vârstă foarte tânără, multe dintre ele au fost constatate în jurul vârstei de 30 de ani, în cazul femeilor care asociază tabagismul cronic cu administrarea de anticoncepționale pe perioade lungi de timp.

Copiii mamelor fumătoare au la naştere o greutate mai mică şi un risc crescut de a contacta infecții. Fumatul cauzează o incidență mare a naşterilor premature, la fumătoare constatându-se, de asemenea, o îngroşare a placentei, cu un risc crescut de *placenta praevia.* Riscul de avort spontan este mare la fumătoare. Renunțarea la fumat ar fi bine să se facă înainte de a rămâne însărcinate sau imediat după. Studiile arată că riscul de prematuritate şi de hipotrofie fetală se menține ridicat şi la mamele care au renunțat la fumat după primul trimestru de sarcină. Expunerea femeilor însărcinate la fumul de țigară poate provoca mai târziu moartea subită a nou-născuților, în primul an de viață. Cercetările

au demonstrat că nicotina ar putea fi responsabilă de moartea subită a sugarilor, deoarece, ajunsă în sângele nou-născuților încă din viața intrauterină, se fixează pe un receptor din creierul acestora şi dereglează centrii respiratori. Specialiştii sunt de părere că nicotina poate provoca un stop respirator în timp ce nou-născuții dorm.

• ***Tabagism pasiv***

Acesta priveşte persoanele nefumătoare care trăiesc sau lucrează în anturajul unuia sau mai multor fumători. Astfel, copiii supuşi tabagismului părinților pot fi victimele unor afecțiuni respiratorii (rinofaringite, bronşite, astm), precum şi ale unor conjunctivite sau otite. La adult, tabagismul pasiv se traduce printr-un risc crescut de cancer al plămânului şi al afecțiunilor cardiovasculare. Fumatul pasiv constă în inhalarea fumului de țigară de către nefumătorii aflați în vecinătatea persoanei care fumează. Doar 15% din fumul de țigară este inhalat de fumător, restul de 85% poluează aerul ambiant. Se estimează că femeile căsătorite cu fumători sunt de patru ori mai predispuse să moară de cancer pulmonar decât cele căsătorite cu nefumători.

Ca urmare a fumatului pasiv:

– creşte riscul de deces prin boli cardiace cu 30%,

– creşte riscul de cancer pulmonar,

– se produce agravarea astmului alergic şi a alergiilor respiratorii.

• ***Tabagism în cifre***

Fumatul ucide în cel mai real sens al cuvântului! S-a estimat că fumarea unei singure țigări scurtează viața cu 7 minute, iar fumarea unui pachet de țigări pe zi scurtează viața cu 140 de minute/zi. Aceasta înseamnă că, pentru fiecare an de fumat, se pierde mai mult de o lună din viață.

În România, în 2004 – 46,4% dintre bărbați şi 24,1% dintre femei fumează; 64% dintre persoanele sub 16 ani fumează, înregistrându-se o creştere de 11% față de studiul din 1999, simultan cu scăderea vârstei de debut a fumatului; 32% dintre elevi au fumat prima țigară înainte de

vârsta de 14 ani. Doar 13% dintre români cred că fumatul ocazional este dăunător, dar cred în proporţie de peste 75% că fumatul de 1-2 pachete pe zi aduce cu sine riscuri pentru sănătate.

Rata mortalităţii din cauza fumatului este, în România, de 522 de decese la 100.000 de locuitori, faţă de 273 la 100.000 de locuitori la nivel european.

Trei minute alocate de medici pentru discuţii legate de fumat fac ca rata de abstinenţă să fie de aproximativ 7,9-10,2%.

Majoritatea europenilor se declară în favoarea interzicerii totale a fumatului în locurile publice, demonstrează studiul Eurobarometru prezentat în Parlamentul european. Studiul relevă că tabagismul ucide 650.000 de persoane în UE, la care se adaugă 80.000 de decese provocate de tabagismul pasiv.

Experţii estimează că 25% din totalul deceselor prin cancer şi 15% din cauzele de decese ar putea fi cauzate de nicotină. Sondajul relevă că un fumător din trei a încercat, în cursul ultimilor 12 luni, să renunţe la acest viciu, dar 70% dintre ei au revenit la obişnuinţa de a fuma.

S-a stabilit că, la ora actuală, fumatul este răspunzător pentru mai mult de patru milioane de decese anual. Deci, în mai puţin de cinci ani, un număr de persoane egal cu populaţia României moare din cauza acestei deprinderi.

Incidenţa bolilor cauzate de fumat este în continuă creştere. Se estimează că, până în anul 2020, numărul deceselor anuale prin boli cauzate de tabagism se va ridica la zece milioane. Dacă tendinţele actuale legate de fumat vor persista, aproximativ 500 milioane de persoane aflate astăzi în viaţă, adică circa 9% din populaţia globului, vor deceda ca urmare a folosirii tutunului. Aproximativ jumătate din decesele legate de fumat se produc între 35-69 de ani, ceea ce face din fumat cea mai importantă cauză de moarte prematură în ţările civilizate.

După aprecierile OMS, în lume există 1,2 miliarde de fumători, din care 70% trăiesc în ţările în curs de dezvoltare.

În ţara noastră, mai mult de o treime din populaţie este reprezentată de adepţi ai acestui viciu letal. Care este cauza care îi determină pe atâţia oameni să îmbrăţişeze acest viciu? Un răspuns este lipsa de informare. Şi, totuşi, medicii, care ar putea fi consideraţi cele mai informate persoane în domeniu, înregistrează un procent de 43,2% dintre

fumători, chiar mai mult decât media în populația generală. În țara noastră, 60,5% dintre bărbați şi 40% dintre femeile pneumologi fumează.

Studiile au arătat că fumatul în general este responsabil pentru evoluția a peste 25 de boli canceroase cu rate ale mortalității cuprinse între 12,3% şi 91,5%. Se estimează că incidența actuală a cancerului pulmonar este de 1,5 milioane la nivel mondial. În țara noastră, acest tip de cancer ocupă primul loc, atât la incidență, cât şi la mortalitate. Şi, totuşi, prin simpla suprimare a fumatului, ar putea fi evitate 9 din 10 cazuri de cancer pulmonar. Riscul de a dezvolta cancer pulmonar este de 30 de ori mai mare pentru un fumător care a consumat 2 pachete de țigări zilnic timp de 30 de ani, față de un nefumător. Frecvența acestui tip de malignitate este în creştere în rândul femeilor, în paralel cu creşterea incidenței fumatului la sexul feminin. În plus, depistarea acestui tip de cancer se face foarte rar într-un stadiu operabil. Supraviețuirea la cinci ani nu atinge în medie valoarea de 10%.

În România, aproximativ 40% din totalul cauzelor de deces prin cancer la bărbați (cancer pulmonar, de stomac, prostată şi pancreas) au ca factor de risc major tutunul.

Mortalitatea provocată de tabagism a explodat în 1992, ratele de mortalitate fiind de trei ori mai mari decât la sfârşitul anilor ’50. România se numără printre țările cu cele mai ridicate valori ale consumului de tutun. Un studiu realizat in 1999 a relevat că 39% dintre femei şi 72% dintre bărbați s-au declarat fumători, doar 54% recunoscând că sunt fumători activi. În rândul țărilor ex-comuniste, România ocupă un loc fruntaş în ceea ce priveşte frecvența fumatului. De asemenea, țara noastră prezintă o tendință constantă de creştere a numărului de noi fumători printre femei şi tineri. Statisticile arată că, 21% dintre românii peste 15 ani fumează zilnic.

În Statele Unite, tabagismul este direct responsabil pentru aproximativ 30% din toate decesele prin cancer ce au loc anual.

Consumul total de tutun creşte. Dacă tendința actuală rămâne neschimbată, numărul de fumători, estimat la 1,3 miliarde în prezent, va ajunge la 1,7 miliarde in 2025, iar 1 fumător din 2 va deceda din cauza unei boli asociate tabagismului.

Aproape 50% din persoanele care fumează toată viața decedează ca urmare a complicațiilor tabagismului, majoritatea înainte de 70 ani, iar calitatea vieții din ultimii ani este mult redusa. Se estimează că

speranța de viața a bărbaților fumători este redusă în medie cu 13 ani, iar cea a femeilor fumătoare cu 14,5 ani din cauza fumatului. Totuşi, ea se poate ameliora dacă persoana renunță la fumat.

Fumatul este responsabil pentru:

– 90% din cazurile de cancer pulmonar

– 75% din cazurile de bronsită cronică şi emfizem

– 25% din cazurile de cardiopatie ischemică

– 87% din decesele prin cancer pulmonar şi este responsabil pentru majoritatea cancerelor bucale, laringiene, faringiene, esofagiene şi ale vezicii urinare.

– 24 boli: cancer bucal, cancer pulmonar, cancer de vezică urinară

– Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), incidența cancerelor ar putea creşte cu 50% în întreaga lume, cu 15 milioane de cazuri noi în fiecare an până în 2020.

– Fumatul este principala cauză a cancerului pulmonar şi a deceselor prin cancer în general, fiind responsabil pentru 90% din cazurile de cancer pulmonar la bărbați şi 78% la femei.

– Fumatul este principalul factor de risc modificabil pentru accidentul vascular cerebral (AVC), care duce frecvent la invaliditate şi chiar la deces.

Raportul mondial despre cancer demonstrează clar că acțiunile întreprinse contra tabagismului, infecțiilor şi pentru o alimentare mai sănătoasă pot preveni o treime din cazurile de îmbolnăvire şi permit tratarea altei treimi.

Consumul de tutun rămâne a fi cel mai mare risc evitabil de cancer. În lume, în secolul 20, circa 100 milioane de persoane au decedat din cauza maladiilor legate de tabagism (cancer, pneumopatii cronice, maladii cardiovasculare, accidente cerebrovasculare).

Jumătate din fumătorii înrăiți mor din cauza acestei deprinderi. Un sfert din fumători mor prematur (între 35 şi 69 de ani). Riscul cancerului pulmonar este mai mare de 20-30 de ori la fumători decât la nefumători.

În țările cu prevalență a tabagismului şi unde multe femei fumează pe tot parcursul vieții lor adulte, se pot atribui fumatului 90% din cancerele pulmonare. Pentru vezica biliară şi rinichi riscul este de 5-6 ori mai mare, ceea ce semnifică mai mult de 50% din cazuri

datorate tutunului. Riscul relativ pentru cancerul cavității bucale, faringelui, laringelui şi esofagului (cancer spinocelular) la fumători este de 6 ori mai mare decât la nefumători, iar în cazul carcinoamelor pancreatice este 3-4 ori mai mare. Aceste estimări le depăşesc pe cele făcute anterior şi, din păcate, se descoperă riscuri relative de 2-3 ori mai mari pentru forme noi de cancer asociate cu tabagismul: stomac, ficat, col uterin, rinichi, cavitate nazală şi sinus, esofag (adenocarcinom) şi leucemie mieloidă.

Chiar dacă este mai bine să nu începi niciodată să fumezi, datele epidemiologice arată că există avantaje enorme şi dacă se renunță la fumat. Se va observa o substanțială diminuare a numărului de decese datorate cancerului în deceniile viitoare la cei care vor renunța la această dependență. Renunțarea are efecte maxime dacă se produce în primii treizeci de ani de viață, dar se obține o scădere considerabilă a riscurilor, mai mult de 60%, şi la cei care au decis să renunțe după 50 de ani.

- ***Terapia cognitiv-comportamentală şi renunțarea la fumat***

Acest tip de terapie reprezintă o componentă esențială a oricărui program de tratament. Presupune trei faze importante:

1. Faza de pregătire. În această fază sunt revăzute motivele pentru abandonarea fumatului şi gradul de dorință pentru a întrerupe fumatul. Se stabileşte o dată precisă pentru întrerupere. Se realizează un jurnal cu numărul de țigări fumate zilnic şi cu motivele pentru care a fost fumată fiecare țigară.
2. Faza de întrerupere. Presupune controlul impulsurilor (autocontrolul), identificarea şi modificarea sau evitarea situațiilor care „împing" la fumat, înlocuirea cu altă acțiune în situațiile în care nu pot fi evitate.
3. Faza de menținere, care cuprinde: identificarea situațiilor cu risc crescut de recădere, repetarea comportamentului adecvat pentru aceste situații, evitarea ideii că un moment de slăbiciune reprezintă un eşec total, implicarea în alte activități de tip recompensator.

9. **OBEZITATEA ŞI SĂNĂTATEA MINTALĂ**

• ***Ce este obezitatea?***

Definită simplu printr-o boală cronică ce se caracterizează prin acumularea excesivă de grăsime în corp, obezitatea a devenit o problemă de sănătate publică prin consecinţele pe care le are asupra sănătăţii individului, costurile pe care le presupune şi valorile statistice alarmante pe care le înregistrează. Obezitatea reprezintă o problemă mondială, afectând în prezent sute de milioane de oameni, de pe toate continentele.

Obezitatea este principalul factor al infarcturilor, al accidentelor vascular-cerebrale, dar şi al diabetului. În ultimii ani, la nivel mondial, numărul persoanelor care suferă de obezitate s-a dublat. Potrivit unor estimări ale experţilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, până în 2010 mai mult de jumătate din populaţia occidentală va fi afectată de obezitate. Alarmante sunt cazurile de obezitate infantilă, cu proporţii dramatice în Statele Unite şi, mai nou, în Europa. Costurile alocate tratării acestei afecţiuni se ridică la peste 70 de miliarde de dolari anual în Statele Unite şi, la aproximativ, 50 de miliarde de euro în Uniunea Europeană. Prevalenţa obezităţii în România este de peste 37% în cadrul populaţiei adulte.

• ***Diagnosticul obezității***

Obezitatea este prezentă atunci când se depăşeşte cu 20% greutatea standard din tabelele uzuale ale valorilor greutății, în funcție de înălțime. O altă măsură mai precisă a obezității este cantitatea de grăsime din corp sau indexul de masă corporală (*body mass index* – BMI) = indicele de masă corporală (IMC).

Se consideră obezitate atunci când indicele de masă corporală (IMC) este mai mare de 25. Indicele de masă corporală se calculează raportând greutatea corporală (în kg) la înălțime, la pătrat (în metri), ca în formula de mai jos:

$$IMC = \frac{M}{H^2}$$

unde:
IMC – este indicele de masă corporală
M – este greutatea corporală măsurată în kilograme
H – este înălțimea măsurată în metri (dacă ai un metru şi şaizeci de centimetri, valoarea lui H va fi **1,60**

- IMC = 25 -29,9 (supraponderal)
- IMC = 30 – 34,9 (obezitate grd. I)
- IMC = 35 – 39,9 (obezitate grd. II)
- IMC = > 40 (obezitate grd. III)

La cealaltă extremă, un IMC sub 18,5 indică subponderalitatea.

Tot printr-un simplu calcul matematic se poate stabili rapid dacă există riscul unei forme mai periculoase a obezității, şi anume **obezitatea abdominală**. Calculul se rezumă la raportarea dimensiunii taliei, exprimată în centimetri, la înălțime (măsurată tot în centimetri). Dacă rezultatul acestui raport este mai mare de 0,5 putem vorbi de obezitate abdominală.

• ***Forme de obezitate***

Există descrise mai multe forme de obezitate:
Obezitatea androidă (hipertrofică) – apare mai frecvent la bărbaţi sub în fluenţa testosteronului şi corticoizilor, care determină acumularea grăsimilor în partea superioară a corpului („burtă mare") şi care apare prin hiperfagie şi polidipsie (mâncat şi băut mult). Se poate slăbi repede şi uşor.
Obezitatea ginoidă (hiperplazică) – apare frecvent la femei datorită activităţii ovariene, hormonii estrogeni determinând depunerea grăsimii în partea inferioară a corpului (şolduri, coapse, gambe). Masa celulelor grase (adipocite) e mare fără să fie asociată cu hiperfagie (cantitatea de mâncare nu e crescută), dar există preferinţe pentru produse alimentare dulci. Această formă de obezitate este rezistentă la dietă şi există recidive.
Obezităţi circumstanţiale – apărute în urma schimbării stilului de viaţă (oprirea sportului, fumatului, căsătorie, schimbarea locului de muncă, pensionare, imobilizări prelungite etc.). Este de obicei temporară.
Obezitatea paradoxală – descrisă la femei înainte de menstruaţie, când se poate înregistra o creştere în greutate de 3-4 kg şi care dispare după aceea, în câteva zile, printr-o diureză crescută (urinare în cantităţi mari). O altă formă de obezitate paradoxală este înregistrată la persoanele cu labilitate emoţională crescută, care se pot îngrăşa sub influenţa stresului şi 5-10 kg într-o lună.

• ***Care sunt complicaţiile obezităţii?***

Obezitatea are efecte adverse numeroase asupra sănătăţii asociindu-se cu o gamă largă de boli. Prognosticul reducerii greutăţii este nefavorabil. Dintre 100 de obezi, după regimul alimentar: 5-10% nu slăbesc, 30% renunţă pe parcurs, 55% ating greutatea dorită, dar, după 1-7 ani, 33% dintre aceştia se îngraşă şi mai mult, iar 22% se îngraşă cu câteva kilograme făcând eforturi mari să-şi păstreze greutatea, 3-6% slăbesc şi se menţin, printr-o dietă atentă, mai puţin de 3 % rămân slabi şi reuşesc să se menţină fără nici un efort.

- boli cardiovasculare (hipertensiune arterială, infarct miocardic, hemoragie cerebrală etc.),

- cancer (risc crescut de cancer uterin, sân, col uterin, ovar, vezică şi căi biliare – la femei şi risc crescut de cancer de colon, rect şi prostată – la bărbaţi),
- diabet zaharat,
- hiperlipidemie (colesterol şi trigliceride crescute),
- boli digestive (litiază biliară, constipaţie),
- steatoză hepatică,
- boli articulare (osteoartrită a genunchilor, pinteni osoşi calcaneeni, osteoartroza coloanei vertebrale),
- varice, stază venoasă,
- tulburări menstruale,
- reducerea libidoului şi dinamicii sexuale,
- tulburări respiratorii (dispnee, sdr. Pickwik, apnee nocturnă obstructivă),
- guta,
- scăderea capacităţii de efort fizic,
- obezitatea scade în general calitatea vieţii,
- statistic, mortalitatea este mult mai mare în rândul persoanelor care suferă de obezitate decât la populaţia cu greutate corporală normală.

• ***Obezitatea la copil şi adolescent***

Obezitatea copilului este o realitate curentă căreia societatea trebuie să-i acorde atenţia cuvenită. Dincolo de variaţiile largi ale diferitelor statistici în ceea ce priveşte incidenţa şi prevalenţa acestei patologii, toate sunt, de fapt, în acord asupra creşterii frecvenţei obezităţii copilului, aceasta fiind considerată astăzi cea mai frecventă tulburare de nutriţie la copii şi adolescenţi în ţările dezvoltate.

În contextul general al tendinţei mondiale de creştere a frecvenţei obezităţii, obezitatea copilului a dobândit, în ultimii ani, un interes tot mai larg, reprezentând tema de cercetare a unor studii epidemiologice extinse, derulate în mai multe state. În urma prelucrării datelor din 79 de ţări, experţii estimează că, în lume, există în prezent aproximativ

22 de milioane de copii obezi, cu vârste mai mici de 5 ani. Conform datelor, la sfârşitul mileniului, 32% dintre copiii cu vârste cuprinse între 5-14 ani erau supraponderali, iar 14% din copiii cu vârste între 6-11 ani şi 11% din cei cu vârste cuprinse între 12-17 ani erau obezi. Programul Național de Supraveghere a Stării de Sănătate din Anglia a relevat că frecvența supraponderalității la copil a crescut în ultimele decenii de la 7,3%, la 15%; frecvența obezității este estimată în prezent la 5%. În Canada, în perioada 1970-1990 s-a înregistrat o creştere a frecvenței obezității copilului şi adolescentului cu 43%. Aceeaşi tendință se remarcă şi în țările asiatice. România raporta o creştere a obezității copilului de 8%.

Obezitatea poate apărea la orice vârstă, în orice moment al copilăriei sau al vieții adulte, dar de mare importanță este faptul că o mare proporție a copiilor supraponderali şi obezi devin adulți obezi. Apariția bolii pare să fie influențată de o serie de factori ce intervin pe parcursul vieții, în etape diferite ale evoluției cronologice, dar care de cele mai multe ori se întrepătrund. Perioada de preşcolar şi şcolar mic (3-10 ani) este deosebit de importantă pentru predicția obezității viitoare. Aproximativ 50% din totalul preşcolarilor supraponderali vor deveni adulți supraponderali, iar riscul de a deveni adulți obezi este de două ori mai mare pentru copiii supraponderali, comparativ cu copiii normoponderali. Acest risc este de 3 până la 10 ori mai crescut în cazul copiilor obezi, comparativ cu normoponderalii. Creşterea treptată şi exagerată a greutății corporale între vârsta de 3 şi 10 ani determină o obezitate progresivă, severă şi persistentă, datorită creşterii numărului de celule adipoase. Greutatea la vârsta adolescenței este un alt factor predictiv al greutății adultului. Adolescenții obezi au un risc global de 5-20 ori mai mare de a deveni adulți obezi şi de a muri precoce, prin boli cardio-vasculare.

Majoritatea studiilor efectuate până acum în ceea ce priveşte influența obezității la copil şi adolescent au rezultate ce converg către aceeaşi concluzie: obezitatea apărută în copilărie şi menținută la vârsta adultă este mai greu de tratat decât cea apărută la maturitate. Dacă avem în vedere numeroasele complicații asociate obezității, precum şi comorbiditățile, unele dintre ele cu prognostic vital, putem înțelege impactul

major al acestei patologii apărute la vârste fragede asupra individului, colectivității şi, nu în ultimul rând, asupra societății în general.

Greşelile alimentare reprezintă cert una dintre principalele cauze ale acestei explozii de supraponderalitate şi obezitate la copil şi adolescent, alături de reducerea gradului activității fizice zilnice. Este binecunoscut rolul nefast jucat de alimentația hipercalorică, hiperlipidică, bogată în lipide *trans* şi glucide simple asupra stării de sănătate a populației. În ultima perioadă, piața alimentară de desfacere a fost invadată de aşa-numitele produse fast-food, a căror principală caracteristică este densitatea calorică mare în cantități reduse de aliment, cu o valoare nutrițională redusă. Sunt produse bogate în grăsimi, zahăr şi sare şi sărace în fibre alimentare, vitamine şi minerale şi care consumate zilnic au urmări dezastruoase pentru sănătatea copilului. Ca urmare, deşi din punct de vedere senzorial, de cele mai multe ori aceste produse alimentare sunt mult mai atractive, atât în ceea ce priveşte gustul, mirosul, cât şi aspectul exterior şi reprezintă şi „o modă" printre cei tineri, ele nu oferă principiile alimentare în cantitățile şi în proporțiile recomandate pentru o creştere şi dezvoltare normale, având chiar efecte negative la nivelul economiei organismului. Astfel, surplusul energetic va fi depozitat sub formă de țesut adipos, cu toate consecințele acestuia, atât în perioada copilăriei şi adolescenței, cât şi mai târziu, în perioada adultă. În perioada adolescenței, prezența obezității determină un risc crescut al depresiei sau al tulburărilor de comportament alimentar, precum anorexia sau mâncatul compulsiv, în special datorită preocupărilor tot mai frecvente asupra greutății corporale şi a idealului cultural promovate, de a fi slab. Obezitatea apărută încă de la vârsta adolescenței afectează statutul socio-economic al persoanei la vârsta adultă.

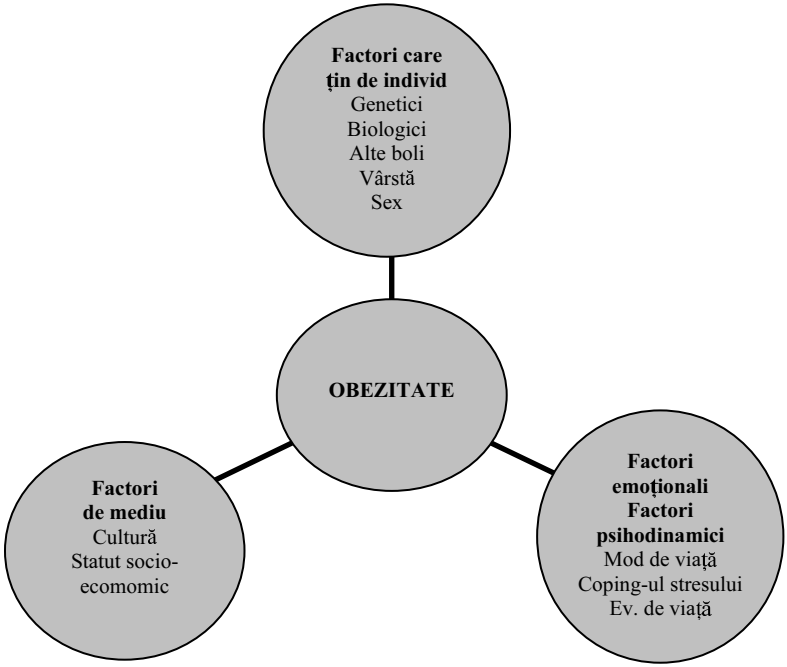
- ***Factori etiologici ai obezității***

Etiologia obezității este una plurifactorială. Sunt implicați deopotrivă factori biologici, genetici, socio-economici, psihologici şi psihodinamici. În încercarea de a-i sistematiza, schema de mai jos oferă o viziune de ansamblu asupra cauzelor obezității.

Una dintre teoriile biologice spune că, după consumul de alimente, ar putea exista o perturbare a semnalului metabolic către receptorii hipotalamici, astfel încât senzația de foame persistă, persoana continuând să mănânce pentru că nu a ajuns la senzația de saţietate. O altă teorie afirmă că leptina, un hormon produs de adipocite, acţionează ca un termostat al grăsimii, fiind şi responsabil pentru apetitul fiecărui individ: cu cât avem mai multe adipocite, cu atât vom avea şi o poftă mai mare de mâncare.

Sexul. Femeile au de două ori mai multe adipocite decât bărbaţii, cu o distribuţie diferită de aceştia. De asemenea, muşchii ard cu 10-20% mai multe calorii decât grăsimea. Sistemul muscular al bărbaţilor este mai dezvoltat, de aceea aceştia se îngraşă mai greu. Cu **vârsta** metabolismul se încetineşte, masa musculară scade şi activitatea fizică este mai redusă. În condiţiile unui aport caloric egal cu cel dinainte, există tendinţa luării în greutate. În ceea ce priveşte **factorii genetici,** în jur de 80% din pacienţii care sunt obezi, au un istoric familial de obezitate. Atunci când ambii părinţi sunt obezi, şansa copilului de a fi supraponderal, la rândul lui, este de 90%. În cazul în care unul dintre părinţi este obez, şansa este de 40%. Există câteva sindroame de hiperfagie hipotalamică congenitală, cum ar fi, de exemplu, sindromul Prader Willi, în care copilul dezvoltă obezitate severă, hipogonadism (dezvoltarea alterată a organelor sexuale şi a funcţiei sexuale) şi un anumit grad de retardare mentală. **Cultura** în care ne naştem cuprinde şi obiceiurile alimentare, modul în care gătim şi mâncăm. În ziua de azi, obiceiurile alimentare promovate sunt cele ale hranei de tip fast-food, dulciurile rafinate sunt oferite ca recompensă copilului mic, iar adolescenţii ies des la pizza, shaorma sau forneti după şcoală. **Inactivitatea fizică – sedentarismul** a devenit un *modus vivendi* pentru mulţi tineri care îşi petrec timpul liber la televizor sau în faţa calculatorului. **Problemele medicale** hormonale precum hipotiroidismul sau Boala Cushing sunt responsabile pentru mai puţin de 2% din cazurile de obezitate. În ceea ce priveşte **factorii psihologici**, se ştie că stresul produce hiperfagie fără însă să existe o asociere clară între o anumită boală psihică şi obezitate. Din punct de vedere **psihodinamic,** nevoile intense de dependenţă induc mâncatul exagerat ca o compensare. Pentru unele persoane care nu s-au simţit ocrotite în perioada

copilăriei, alimentele sunt echivalentul simbolic al afecţiunii şi gratifică nevoile generale. În pubertate şi adolescenţă, obezitatea poate fi expresia evitării sexualităţii. Unele **medicamente psihotrope** sunt cunoscute pentru faptul că produc îngrăşare exagerată.



• ***Cum tratăm obezitatea?***

Primul pas esenţial în tratamentul persoanelor cu obezitate apărută la adult este abordarea fără a judeca pacientul, identificarea patogenezei multifactoriale, şi decizia critică dacă pacientul necesită scădere în greutate sub orice formă sau necesită un program de exerciţii fizice care să determine o scădere mai uşoară în greutate. În cazul în care greutatea în exces nu determină sau nu agravează diabetul zaharat, hiperlipidemia (creşterea grăsimilor în sânge) sau hipertensiunea arterială, nu se ştie cert dacă pacienţii cu obezitate uşoara-moderată necesită scăderea în greutate. Unele studii au demonstrat că ciclurile

repetate de scădere şi apoi de creştere în greutate pot favoriza bolile cardiovasculare mai mult decât rămânerea la greutatea crescută moderat, dar stabilă. Singurele metode de a trata eficient şi sigur, pe termen lung, obezitatea uşoară-moderată sunt cele în care se combină schimbarea regimului alimentar într-unul cu mai puține calorii şi exercițiile fizice.

Tratamentul obezității se poate face prin:

1. **Dietă**: cea mai bună metodă a tratării obezității rămâne o dietă echilibrată (1100-1200 calorii), suplimentată cu vitamine, fier, magneziu, acid folic şi vitamina B6. Sunt periculoase curele drastice de slăbire sau postul total, existând riscul de natriureză, hipotensiune ortostatică, perturbarea balanței azotului în organism. Mesele frecvente (dar aceeaşi cantitate de alimente) determină o micşorare semnificativă a procentului de calorii transformat în grăsime).

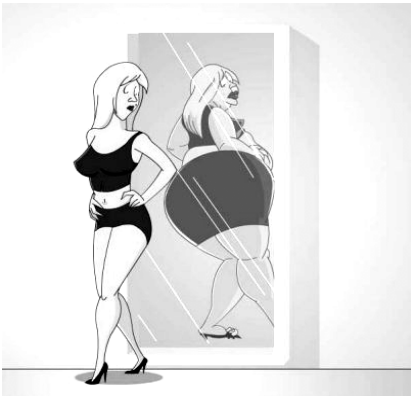
2. **Exerciţiu fizic**: creşte densitatea corporală şi duce la scăderea adipozității. În mod paradoxal, la persoanele anterior sedentare, creşterea activității fizice poate duce la descreşterea aportului alimentar.

3. **Farmacoterapie**: în tratamentul obezității se folosesc diferite medicamente (orlistat, sibutramină, fentermină, dietilpropion, mazindol, fenilpropanolamină etc.) care acționează fie prin inhibiția lipazei care descreşte absorbția grăsimilor cu până la 30%, fie prin creşterea metabolismului, prin inhibarea apetitului sau prin inhibarea receptării de serotonină şi noradrenalină. Tratamentele cu medicamente care suprimă apetitul alimentar, fie prescrise de medic, fie luate fără rețetă medicală (cele mai multe conțin cafeină sau fenilpropolamină), sunt urmate de creştere în greutate. În plus, multe dintre componentele acestor medicamente pot cauza complicații medicale şi psihiatrice semnificative. Similar, preparatele pe bază de hormoni tiroidieni nu au eficiență pe termen lung, dar au riscuri substanțiale, în special în cazul pacienților cu boli cardiace.

4. **Tratament chirurgical**: chirurgia gastrică prin reducerea dimensiunilor stomacului cu ajutorul unor inele – gastroplastie, înlocuieşte procedurile de bypass gastric practicate până acum, care ducea la complicaţii în 50% din cazuri.

5. **Psihoterapie**: terapia comportamentală este metoda psihoterapeutică cu cele mai bune rezultate. Şi elementele cognitive sunt utile în măsura în care pacienţii sunt învăţaţi să recunoască situaţiile care îi determină să mănânce prea mult şi se încearcă dezvoltarea altor patternuri (modele) de comportament alimentar. Terapia cognitiv-comportamentală durează de obicei minim 1-2 ani cu 1 şedinţă săptămânală, succesul tratamentului fiind în proporţie de 40%. Terapia orientată pe conştientizare nu s-a dovedit a fi utilă. Terapia de grup ajută la menţinerea motivaţiei, se învaţă măsuri generale de psihoeducaţie şi măsuri nutriţionale specifice, se învaţă gestionarea eficientă a stresului.

10. **TULBURĂRI ALE INSTINCTULUI ALIMENTAR**



• ***Definiție şi istoric***

Tulburările alimentare sunt caracterizate prin **perturbarea marcată a comportamentului alimentar**. Cuprind două tulburări majore şi anume: *anorexia nervosa* şi *bulimia nervosa*.

Termenul „**anorexie**" înseamnă „pierderea totală sau parțială a poftei de mâncare", o denumire care poate preta la confuzii, deoarece, în primul rând, nu apetitul ci comportamentul alimentar este dereglat. Completarea *„nervosa"* indică cauze psihice în acest tip de perturbare. Deşi primele informații despre anorexie datează încă din 1684, ca boală Anorexia nervosa (AN) a fost descrisă de Charles Lasegue, în 1873, la în cartea sa *L'anorexie Hysterique* şi denumită astfel de către un alt medic francez, Henri Huchard, în 1883. Noțiunea de „**bulimie**" provine din cuvântul grecesc *bulimos* care se traduce aproximativ prin „foame de lup". Texte referitoare la această afecțiune datează chiar din perioada antică, însă doar începând cu inițierea termenului *„Bulimia nervosa"* (BN) de către Gerald Russel în 1979, aceasta este recunoscută ca boală.

• ***Anorexia nervosa***

• **Criterii de diagnostic**

1. Greutate corporală mai scăzută cu 15% față de greutatea normală
2. Teama intensă de a creşte în greutate, deşi persoana poate fi subponderală
3. Distorsiuni ale imaginii corporale
4. Absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive

Distorsiunea imaginii corporale se referă la tulburarea modului în care este percepută dimensiunea corporală, adică persoana pretinde că este grasă, chiar dacă este foarte slabă sau neagă gravitatea greutății scăzute pe care o are.

Sunt două tipuri de anorexie recunoscute: *tipul restrictiv:* dietă foarte strictă, dar fără comportamente de tip *„binge"* – evacuare forțată (vărsături autoinduse sau folosirea de medicamente care să producă diureză crescută, laxative sau clisme) şi *tipul cu evacuare forțată* în care manevrele de evacuare forțată enumerate mai sus sunt folosite.

• **Date epidemiologice**

Prevalența pe durata vieții la femei este de 0,5-3,7%. Debutul bolii are loc de obicei între 10 şi 30 de ani, asociindu-se adesea cu un eveniment de viață stresant. Anorexia apare la o vârstă fragedă, adesea la scurt timp după prima menstruație. Vârsta cea mai periclitată, la care o persoană se poate îmbolnăvi, este – pentru prima dată – la 14 ani şi, apoi, la 18 ani. În trecut se credea ca doar tinerele fete aflate la vârsta adolescenței pot deveni anorectice, dar chiar şi în prezent ele reprezintă cazurile majoritare din totalul celor afectate. Însă tot mai des se întâlnesc cazuri grave de anorexie la ambele sexe şi la toate vârstele, chiar şi la copiii care, prin publicitate, filme, prieteni sau alte influențe, ajung la impresia greşită că aspectul fizic este cel mai important. Realitatea este că boala este mult mai frecventă la femei (raport 10:1 până la 20:1). S-a observat apariția mai frecventă la

femeile cu ocupații care necesită o siluetă suplă (manechine, balerine). De asemenea, boala este mai frecventă în țările dezvoltate.

• **Etiologie**

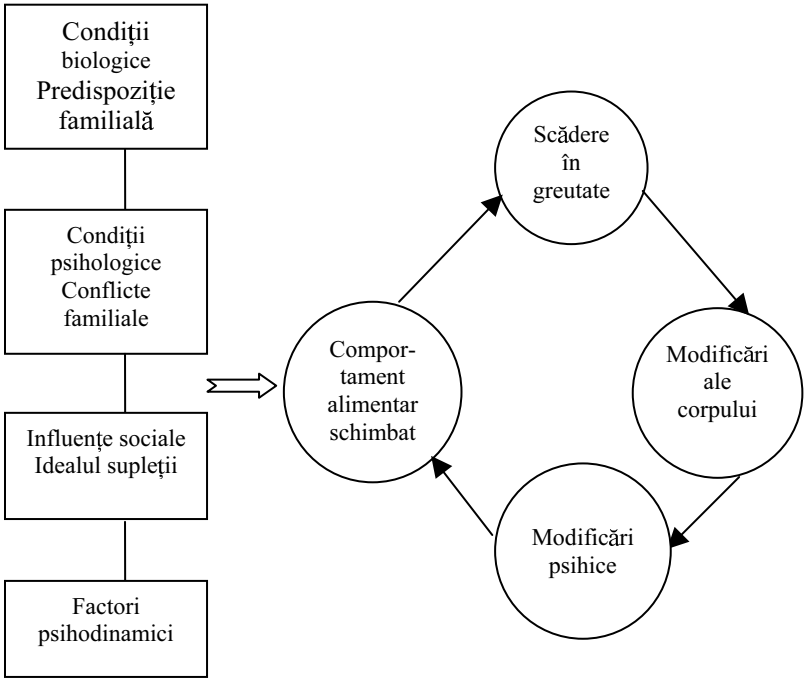
Persoanele predispuse sunt tinerele sensibile, autocritice sau cu aspecte compulsive ale personalității, care provin din familii cu istorie de tulburări depresive sau din familii cu un stil de viață „îngrădit" de părinți (copii lipsiți de libertate). Practicarea sportului, baletului, modelingului, luptelor sau altor asemenea activități care promovează aspectul suplu al persoanei, pot duce, de asemenea, la dorința de scădere excesivă în greutate. Dorința de scăderea în greutate, pornită din teama excesivă şi neintemeiată de a fi supraponderal, este un simptom care diferențiază cert anorexia nervoasă de alte tulburări psihiatrice sau medicale care pot conduce la scăderea în greutate. Bolnavii cu oricare dintre cele două tipuri de anorexie nervoasă îşi organizează viața socială, comportamentul şi, în ultima fază, identitatea în jurul dorinței de a slăbi în continuare şi de a nu creşte în greutate.

Rezumând, în cazul apariției anorexiei acționează mai mulți factori împreună, care se influențează reciproc.

Factori biologici: Predispoziția genetică poate constitui un factor, ratele de concordanță fiind mai mari la gemenii monozigoți (50%) decât la cei dizigoți (10%). Din punct de vedere neurobiologic există dovezi în sprijinul reducerii turn-overului noradrenalinei. Activitatea opioizilor endogeni este mai scăzută, consecință a inaniției.

Factori psihologici: Apariția bolii pare să fie o reacție față de exigențele de independență, funcționare socială şi sexuală din adolescență. Faptul că anorexia apare în majoritatea cazurilor în faza grea de dezvoltare şi maturizare a corpului, adică la pubertate, a condus la concluzia că această boală apare în momentul în care o fată/femeie simte că nu reuşeşte să facă față problemelor şi solicitărilor tipice acelei vârste. În timpul pubertății față trebuie să-şi dobândească o identitate corespunzătoare transformărilor într-o tânără femeie. Dacă ea simte că

această sarcină o depăşeşte, apare un adânc sentiment de nesiguranţă. Pentru unele paciente, încercarea de a-şi controla greutatea corporală pare a le reda siguranța. Greutatea devine astfel un factor important al respectului față de sine.



Factori sociali: În Occident idealul frumuseții s-a dezvoltat de la începutul anilor '60 tot mai mult în direcția unui corp zvelt. Accentul pe care îl pune societatea pe siluetă şi pe exercițiile fizice constituie un factor de presiune pentru tinerele fete.

Factori psihodinamici: În centrul complexului psihodinamic se află legătura tinerei fete cu mama sa, de care este incapabilă să se separe psihologic, dublată de dorința ambivalentă de a se separa de ea. Pacientele, pe de o parte, „îşi întorc agresiunea distructivă asupra lor ca pedeapsă pentru trădarea de a-şi fi dorit separarea de mamă" şi, pe de altă parte, folosesc refuzul hranei ca încercare de a obține o

îngrijire tandră, atenție şi control asupra mamei. O altă interpretare psihodinamică a anorexiei este aceea în care pacientele transferă lupta lor asupra impulsurilor sexuale în plan oral, refuzând să mănânce. Semnifică, de asemenea, frica de sarcină, fuga de feminitate prin faptul că dezvoltarea formelor feminine este împiedicată prin menținerea unui corp suplu, fără burtă. Respingerea hranei nu constituie doar o luptă împotriva maturizării sexuale, dar şi o încercare de rezistență împotriva maturizării ca adult.

• Tablou clinic

Anorexicii se consideră prea graşi, oricare ar fi greutatea lor reală. Uneori ei nici nu observă când au deja o greutate sub cea normală. Pentru a slăbi, anorexicii refuză consumarea alimentelor sau consumă doar alimente cu, conținut foarte scăzut în calorii, cazuri în care această boală poate deveni fatală. Anorexicii găsesc plăcere în starea creată de înfometare şi de faptul că îşi au corpul „sub control", iar slăbirea o văd ca o răsplată a „activității" lor. Îşi controlează greutatea prin cântăriri repetate, prin luarea măsurilor, fac sport chiar şi în situațiile în care sunt bolnave, rănite sau obosite; la femei apare o neregularitate a ciclului care poate chiar să nu mai intervină timp îndelungat, iar la bărbați apare impotența. Unghiile, pielea şi părul sunt clar afectate, iar tensiunea şi temperatura corpului sunt scăzute. La început, persoanelor care nu cunosc situația le este greu să perceapă aceste probleme. Din punct de vedere medical, o persoană cu un IMC mai mic de 17,5 poate fi considerată anorexică.

• Consecințe medicale şi psihice

Din cauza scăderii în greutate şi a alimentației sărace pot apărea grave tulburări somatice. Printre manifestări se includ:

- Scăderea în greutate din cauza înfometării sau exercițiilor fizice în exces
- Amenoreea (lipsa menstruației)
- Scăderea libidoului

- Dureri abdominale
- Malnutriția (o formă severă de scădere în greutate)
- Tulburări electrolitice (hipokalemie – scăderea potasiului din sânge)
- Pierderea smalțului dinților din cauza vărsăturilor repetate autoinduse
- Esofagită
- Anemie
- Subțierea firelor de păr – *lanugo* (asemănător cu puful de pe capul sugarilor)
- Scăderea estrogenului şi testosteronului
- Osteopenie (pierdere de țesut osos)
- Adesea se întâlnesc şi simptome ale unei depresii sau/şi puternică irascibilitate
- Compulsii şi uneori halucinații
- Anxietate
- Abuz de alcool şi alte substanțe
- Suicidul în cazul bolnavilor depresivi
- Moartea din cauza malnutriției severe

• Evoluție şi prognostic

Din totalul pacientelor, 40% recuperează, 30% se ameliorează, restul de 30% devenind cazuri cronice. Rata de mortalitate a anorexiei nervoase este de aproximativ 18%, în primul rând din cauza complicațiilor medicale şi suicidului.

• Tratamentul anorexiei nervoase

Cei mai mulți dintre pacienți trebuie tratați intraspitalicesc, într-o unitate pediatrică sau psihiatrică pentru mai multe săptămâni sau luni. Inițial, sunt stabilizați din punct de vedere medical, după care este începută reabilitarea nutrițională. Tratamentul este îndreptat şi spre identificarea şi tratarea tulburărilor coexistente, care includ tulburările de dispoziție, anxietatea, tulburările de personalitate şi abuzul de

alcool sau alte substanțe. După ce greutatea pacienților este readusă la o limită normală, antrenarea intensivă într-un model de viață sănătos consolidează eficiența tratamentului. Tratamentul pacienților cu vârsta sub 18 ani are succes doar dacă este inclusă întreaga familie. Perioada de convalescență durează de obicei 2-3 ani şi include tratamentul individual, al grupului sau al familiei. Tulburările psihiatrice coexistente, în special tulburările de dispoziție, de personalitate şi abuzul de substanțe necesită cel mai mult timp pentru a fi depăşite şi sunt cele mai dificil de tratat. Mortalitatea poate fi redusă prin stabilizarea medicală promptă a scăderii în greutate şi a hipokaliemiei (hipopotasemiei) şi prin recunoaşterea şi tratamentul tulburărilor depresive apărute concomitent (în 30-50% din cazuri).

Tratamentul psihosocial şi terapia de grup au rol educațional şi suportiv. Psihoterapia psihodinamică individuală s-a demonstrat a fi în general ineficientă. Cea mai valoroasă s-a demonstrat a fi terapia cognitiv-comportamentală, care încearcă să schimbe atât atitudinile şi obiceiurile alimentare, cât şi imaginea propriului corp. Terapia familială este utilă pentru problemele relaționale şi poate ajuta la reducerea simptomelor. Medicația se foloseşte adeseori în asociație cu psihoterapia, cuprinzând antidepresive şi, uneori, neuroleptice atipice.

• ***Bulimia nervosa***

Bulimia constă într-o manifestare de pierdere a controlului asupra comportamentului alimentar în timpul ingestiei de alimente şi de provocare a vomei sau a altor comportamente de compensare a aportului, de fiecare dată după îngurgitarea alimentelor.

• **Criterii de diagnostic**

A. Episoade recurente de alimentare în *binge (îndopare)*. Un episod de *binge* se caracterizează prin ambele, din următoarele situații:
(1) consumarea, într-o perioadă definită de timp (de exemplu, într-o perioadă a 2 ore) a unei cantități de alimente care este clar mai mare

decât ceea ce ar mânca majoritatea oamenilor într-o perioadă de timp asemănătoare şi în circumstanţe similare.
(2) senzaţia de lipsă de control asupra mâncatului în acel răstimp (de exemplu, senzaţia că nu se poate opri din mâncat sau că nu poate controla ce şi cât mănâncă).

B. Comportament compensator recurent inadecvat, pentru a preintampina creşterea în greutate, cum ar fi vărsăturile auto-induse; abuzul de laxative, diuretice sau alte medicamente, clisme; încetarea alimentării sau exerciţiu fizic excesiv.

C. Alimentarea în *binge* şi comportamentul compensator inadecvat se manifestă, ambele, în medie de cel puţin 2 ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Evaluarea de sine este excesiv influenţată de forma (aspectul) şi greutatea corpului.

E. Tulburarea nu apare doar în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

Există două tipuri descrise:

Tip evacuator (purging): în cursul episodului curent de bulimie persoana s-a angajat cu regularitate în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

Tip neevacuator: în cursul episodului curent de bulimie persoana a folosit alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul (nealimentarea) sau exerciţiul fizic excesiv, dar nu s-a angajat regulat în auto-inducerea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

- **Date epidemiologice**

Prevalenţa pe întreaga durată de viaţă la femei este de 1-4%. Vârsta de debut este de obicei pe la 16-18 ani. Ca şi anorexia, bulimia este mult mai frecventă la femei (raportul 10:1). Câteva episoade de alimentaţie excesivă necontrolată sunt obişnuite în adolescenţă, trăsături bulimice întâlnindu-se şi la 5-25% din populaţia adultă.

• **Etiologie**

Factori biologici: Studiile metabolice indică activitate şi turnover scăzut pentru noradrenalină şi serotonină. Nivelurile plasmatice ale endorfinelor sunt crescute la unele paciente cu bulimie care practică vărsăturile, fapt care poate să le întărească acest comportament. Există o frecvență crescută a istoricului familial de depresie şi obezitate.

Factori familiali: Pacientele tind să fie perfecționiste şi orientate către realizare. De obicei, pacientele provin din familii din clasele mijlocii sau ridicate cu legături slabe în interiorul nucleului familial ai căror membrii acționează impulsiv. Stresul este predominant, există multiple răspunderi şi presiune crescută către realizarea socială.

Factori psihologici: Ca şi pacientele cu anorexie, bulimicele au dificultăți cu respectarea exigențelor parentale în adolescență dar sunt mai extroverte, mânioase şi impulsive. Pot să le fie teamă de părăsirea familiei (la terminarea şcolarizării). Discrepanța dintre părerea despre sine şi imaginea socială poate provoca stări de tensiune şi de vid interior.

Factori psihodinamici: Aspectul psihodinamic este determinat de instabilitatea emoțională, impulsivitatea dublată de frica de a-şi pierde controlul, toleranță scăzută la frustrare şi tendințe către adicții diferite. Deoarece exprimarea conflictelor intrapsihice este imposibilă, apare mecanismul de apărare tip deplasare, mâncarea şi mâncatul căpătând o valoare simbolică. Fanteziile sexuale sau agresive inacceptabile sunt „exgurgitate" simbolic. Foamea este interpretată ca o amenințare prin pierderea controlului asupra trupului, echivalentă cu incapacitatea de a-şi stăpâni viața. Perioadele de îndopare au rol de reducere a stresului în sensul unui act autoconsolator, dar uşurarea nu durează fiind înlocuită de sentimentul de vină, de pierdere a controlului. Voma este provocată în scopul menținerii greutății corporale pe care pacientul o consideră un indicator al refacerii autocontrolului. În cazul bulimiei, lupta pentru separarea de figura maternă este jucată în planul ambivalenței față de alimente.

• **Tablou clinic**

Alimentele consumate în perioadele de „îndopare" sunt în general bogate în grăsimi şi carbohidraţi putând depăşi 5000 kcal/episod. Consumul excesiv de alimente şi consumarea lor se face adeseori în secret. Episoade de înfulecare şi apoi de inducere a vomei pot apărea de la 1-2 pe săptămână, până la 20 pe zi. La fel de variabilă este şi durata episodului de *binge*. De regulă, aceste situaţii se petrec într-o totală intimitate a persoanei afectate şi sunt percepute de către partenerul de viaţă sau de către familie abia mai târziu. Un profund sentiment de ruşine şi învinovăţire care apare după un astfel de exces este principalul motiv pentru care persoana se ascunde chiar şi de cea mai buna prietenă. Pentru a putea mânca după poftă, se întâmplă ca persoanele bulimice să facă datorii sau chiar să fure datorită lipsei de bani. Autoinducerea vomei poate apărea şi după mese în care nu a consumat o cantitate mare de hrană.

• **Complicaţii medicale şi psihice**

Problemele emoţionale asociate sunt frecvente. Plecând de la sentimentele de vinovăţie, bulimicul poate dezvolta în peste 70% din cazuri depresie clinică. Sunt frecvente şi tulburările de panică (în peste 20% din cazuri). Simptomele obsesiv-compulsive sunt întâlnite în peste 30% din cazuri. În afara bulimiei, pot exista în relaţie de comorbiditate psihiatrică şi alte tulburări în controlul impulsurilor, inclusiv abuzul de substanţe (30-40%). Sunt obişnuite disfuncţiile sexuale.

Dintre complicaţiile medicale amintim:

- Dezechilibre electrolitice
- Dezechilibre ale echilibrului acido-bazic
- Creşterea uremiei
- Esofagită
- Decalcificarea dinţilor
- Hipertrofia parotidelor cu creşterea amilazei

• **Evoluție şi prognostic**

Evoluția este, de obicei, cronică, dar mai bună decât în anorexie dacă nu se complică cu dezechilibre hidro-electrolitice severe. Recuperarea, sub tratament, este de 60%, rata recăderilor poate atinge însă, într-o perioadă de 5 ani, un procent de 50%.

• **Tratamentul bulimiei nervosa**

După stabilirea diagnosticului, mulți pacienți cu bulimie nervoasa pot fi tratați în continuare ambulatoriu (extraspitalicesc) odată ce, gradat, scade frecvența şi severitatea episoadelor de abuz alimentar şi de purgație. Unora dintre pacienți trebuie să le fie însă, întrerupte brusc aceste comportamente în timpul spitalizarii, în special în cazurile severe acompaniate de planuri de suicid sau în cazurile cu complicații medicale. După ce episoadele de abuz alimentar şi de purgație au fost întrerupte şi toate complicațiile medicale tratate, ținta tratamentului este inhibarea pe termen lung a acestor comportamente cu ajutorul terapiei cognitiv-comportamentale. La fel ca şi în tratamentul anorexiei nervoase, medicul trebuie să cunoască tulburările psihiatrice coexistente. În aproximativ 50% dintre cazurile de bulimie, medicamentele antidepresive sunt eficiente. Exercițiile fizice moderate ajută atât la ameliorarea stresului, cât şi la creşterea stării de sănătate. Atât psihoterapia cognitivă, cât şi cea interpersonală au efecte mult mai semnificative şi de mai lungă durată decât terapia antidepresivă singură. Această afecțiune are o evoluție favorabilă dacă este tratată cu rigurozitate.

Există şi **forme atipice** ale tulburărilor de comportament alimentar – *„binge eating disorder”* în care persoana afectată are numeroase episoade de „îndopare”, fără însă să apeleze la măsurile compensatorii de menținere a greutății care apar la bulimici. Persoanele cu acest tip de tulburare de comportament alimentar sunt de obicei supraponderale sau obeze, mănâncă mult şi repede, fără a avea senzația de sațietate. Aceste episoade, ca şi în bulimie, au loc de obicei în intimitate şi sunt însoțite de sentimente de vină şi ruşine după terminarea ospățului.

11. **TULBURĂRILE DE SOMN**

• ***Definiția somnului***

Somnul este definit ca o stare fiziologică, periodică şi reversibilă, caracterizată prin inactivitate somatică, suprimarea relativă şi temporară a conştienței, însoțită de o abolire mai mult sau mai puțin importantă a sensibilității şi o încetinire a funcțiilor vegetative: ritm respirator, cardiac, scăderea temperaturii corporale cu aproximativ 0,5 grade Celsius, diminuarea funcțiilor secretorii (exceptând rinichiul) şi relaxare musculară. Somnul răspunde unei necesități vitale de repaus periodic. Teoretic este foarte diferit de comă, cu care poate prezenta însă asemănări clinice (cu coma superficială).

Durata somnului variază în funcție de vârstă. Nou născutul doarme în medie 16,6 ore pe zi şi cu cât copilul înaintează în vârstă, durata somnului în ciclul circadian scade, astfel că la 6 luni copilul doarme 13,9 ore/zi, iar la 1 an 13 ore. Durata somnului la adulți şi adolescenți este în legătură directă cu factorii de mediu şi sociali, față de sugar unde ea pare determinată în primul rând de maturarea neurologică şi, probabil, de temperamentul lui.

S-a demonstrat faptul că există două stări distincte ale somnului, care se succed de 4-6 ori în cursul nopții: somnul lent, cu activitate cerebrală lentă şi mişcare nonrapidă a ochilor (NREM) şi somnul paradoxal, cu activitate cerebrală rapidă, la fel ca şi mişcările globilor oculari (REM), în timpul căruia se produc visele. Somnul NREM este împărțit în mod convențional în 4 faze diferite prin profunzime şi caracteristici bioelectrice înregistrate. Primele două sunt asociate cu somnul „uşor", superficial, iar ultimele două sunt asociate somnului adânc, profund, cu un înalt prag al trezirii, însoțindu-se de mioză (îngustarea pupilelor), poziție divergentă a globilor oculari, bradicardie, bradiaritmie, scăderea tensiunii arteriale, creşterea debitului sangvin cerebral cu 10%. Trezirea bruscă se face, din acesta, printr-o perioadă tranzitorie confuzională. Somnul REM (*rapid eye movement*), este caracterizat de o activitate electroencefalografică destul de asemănătoare cu starea de veghe; pragul de trezire este variabil, iar trecerea la starea de veghe se face, de această dată, prin receptarea imediată a mediului înconjurător. Se asociază cu *nistagmus*, mişcări orizontale, ample ale globilor oculari, hipotonia muşchilor cefei, tahicardie, neregularități ale pulsului, ale ritmului respirator, pupile de aspect normal. Se presupune că somnul paradoxal este necesar proceselor de anabolism şi maturizării sistemului nervos, de aceea el este mai lung la nou-născut, şi la sugarul mic. Somnul NREM şi REM alternează ciclic în timpul nopții, perioada ciclului extinzându-se gradual, în timpul vieții, de la 50-60 de minute la nou-născut la 90 de minute în adolescență. Ambele stări de somn sunt întrerupte de scurte treziri. Somnul normal este introdus în activitatea NREM după o scurtă perioadă cunoscută ca starea hipnagogică, manifestată la adolescent prin imagini fragmentare şi model fragmentat de gândire. În somnul din prima parte a nopții ciclurile somnului lent sunt dominate de fazele 3 şi 4, dar pe măsură ce noaptea trece predomină fazele 1 şi 2. Dimineața, trezirea se face în mod obişnuit din timpul somnului paradoxal. Până la vârsta de 1 an copilul are, în cele 13 ore de somn, aproximativ 8-10 cicluri de somn, cu durata medie de 50-70 de minute, din care faza REM reprezintă 30% din total. La adolescent, somnul REM ajunge să constituie 20% din durata totală a somnului.

• ***Tipuri de tulburări de somn***

Există patru mari forme de tulburări de somn:

- Insomnia sau lipsa somnului este definită drept imposibilitatea de a adormi, de a menține starea de somn sau de a se odihni în timpul nopții, incluzând trezirea involuntară.
- Hipersomnia se caracterizează prin somnolență excesivă care survine aproape în fiecare zi.
- Tulburări de ritm veghe/somn – pacientul nu poate dormi atunci când are nevoie de somn (acestea apar ca urmare a decalajului de fus orar sau a lucrului în ture de noapte).
- Parasomniile înglobează o serie de comportamente anormale care apar în timpul somnului şi sunt reprezentate de evenimente nedorite care se manifestă verbal, prin mişcări sau acțiuni care intervin în timpul somnului (exemplu, somnambulism).

O altă clasificare a tulburărilor de somn este cea a Asociației Americane de Psihiatrie în „Manualul pentru diagnosticul şi statistica bolilor mintale" (DSM IV), care clasifică tulburările de somn în:

- tulburări primare ale somnului (**dissomnii, parasomnii**),
- tulburări de somn asociate altor tulburări mintale (care rezultă dintr-o boala psihică diagnosticată),
- tulburări de somn datorate unor condiții medicale generale.

Dissomniile sunt tulburări primare de inițiere sau menținere a somnului, sau de somnolență excesivă, fiind caracterizate printr-o perturbare a cantității, calității sau a ritmului somnului. Această secțiune cuprinde: insomnia primară, hipersomnia primară, narcolepsia, tulburări de somn corelate cu respirația, tulburări ale ritmului veghe-somn. Termenul de „primar" aşa cum este utilizat în insomnia primară şi hipersomnia primară, presupune faptul ca tulburarea de somn să pară a fi independentă de orice altă condiție somatică sau psihică cunoscută.

Parasomniile au ca element esențial un eveniment anormal, care survine fie în timpul somnului, fie la pragul dintre starea de veghe şi somn. Această clasă cuprinde: anxietatea provocată de vis (coşmarul),

enurezisul nocturn, teroarea de somn (pavorul nocturn), somnambulismul (automatismul ambulator nocturn).

Tulburările de somn datorate unei condiții medicale generale includ boli neurologice degenerative (boala Alzheimer, boala Parkinson, boala Huntington), boli cerebrovasculare, boli endocrine (hipotiroidismul, hipertiroidismul, hipo sau hiperadrenocorticismul), infecții virale sau bacteriene (hipersomnia din encefalita virală), boli pulmonare (bronşita cronică), boli musculoscheletale (artrita reumatoidă, fibromialgia). Alte **tulburări de somn sunt induse de consumul anumitor substanțe** ca: alcoolul, amfetaminele şi stimulante înrudite, cofeina, cocaina, opioidele, sedativele, hipnoticele, anxioliticele şi altele (agoniştii şi antagoniştii adrenergici, ai dopaminei, acetilcolinei şi serotoninei, antihistaminicele şi corticosteroizii).

Într-o prezentare simplă, insomniile reprezintă imposibilitatea de a adormi, de a dormi (de a menține starea de somn), sau de a se odihni în timpul nopții şi include şi trezirea prea devreme (involuntară). Poate fi tranzitorie (câteva zile), pe termen scurt (nu mai mult de 3 săptămâni), sau cronică (mai mult de 3 săptămâni), şi este simptomul care însoțește alte probleme de ordin medical sau psihologic. Insomnia apare de cele mai multe ori ca rezultat al unor condiții primare, descoperirea cauzelor fiind pasul cel mai important în vindecarea ei. Insomnia cronică apare frecvent la persoanele care suferă de depresie, insuficiență cardiacă, boli endocrine, nevroze etc., dar şi la cele care consumă droguri, băuturi alcoolice în cantități semnificative sau la cele care fumează în exces (chiar şi întreruperea fumatului poate cauza insomnii tranzitorii, simple).

Insomnia se manifestă mai ales la persoanele în vârstă, dar şi în rândul tinerilor foarte stresați. În prezent, se poate vorbi şi de o insomnie cauzată de timpul îndelungat petrecut de copii în fața computerului. Stilul de viață poate conduce şi el la tulburări de somn, cofeina fiind cel mai frecvent utilizată pentru a întrerupe somnul. De asemenea, sforăitul afectează somnul partenerului. Insomnia mai apare ca efect secundar al administrării mai multor produse farmaceutice, care se eliberează fără rețetă medicală.

De cele mai multe ori, tulburările de somn îşi au originea în conflictele interioare, în situaţiile de stres, în comportamente incompatibile cu somnul şi în anxietatea anticipatorie din faţa unei nopţi cu somn tulburat.

• ***Caracteristicile insomniei***

Pacienţii se plâng adesea că:

- le este greu să adoarmă, se scoală în timpul nopţii şi nu pot readormi sau se trezesc prea devreme dimineaţa;
- au un somn agitat sau chiar superficial, iar dimineaţa când trebuie să se trezească au sentimentul că nu s-au odihnit suficient;
- nu dorm destul;
- le este frică să nu piardă controlul somnului, le este teamă că nu mai pot adormi sau că au un somn de proastă calitate care le poate afecta sănătatea;
- pe lângă aceste acuze se adaugă şi cele care se referă la lipsa stării de confort fizic şi psihic în timpul zilei, au o stare de oboseală, de incapacitate, de nemulţumire, de lipsă de elan şi de depresie.

• ***Somnul şi înaintarea în vârstă***

În prezent, se estimează că, în România, o treime din persoanele de vârstă adultă suferă de insomnie la un moment dat, pe parcursul întregii vieţi. Medicaţia şi bolile somatice contribuie la problemele de somn la vârsta înaintată. Persoanele în vârstă prezintă o serie de modificări ale somnului, rezumate mai jos:

1. **Acuze subiective:**
    - Timpul petrecut în pat înainte de adormire creşte
    - Numărul de treziri nocturne creşte
    - Timpul total de somn nocturn descreşte
    - În timpul zilei persoana este obosită şi somnolentă
    - Este frecvent nesatisfăcută de somn
    - Somnul din timpul zilei este mai frecvent
2. **Dovezi obiective de modificare a ciclului de somn:**
    - Reducerea duratei somnului nocturn

- Nevoia de scurte perioade de somn în timpul zilei
- Reducerea perioadelor de somn REM
- Reducerea fazelor III şi IV de somn
- Treziri frecvente

• ***Tulburările de somn la copii***

Un nou născut doarme în medie 16-17 ore pe zi, în tranşe de câte 3 ore. La 3 luni, somnul său este de 15 ore, dar poate dormi neîntrerupt 7 ore (în timpul nopții). În jurul vârstei de 1 an, copilul doarme noaptea 9-10 ore şi după masa de prânz 2-3 ore. Cantitatea totală de somn se diminuează spre 4-5 ani, unii copii ajungând să nu mai doarmă după-amiaza.

Somnul ideal al copilului este singur în pat, în camera lui, cu adormire liniştită atunci când îi este somn şi trezire spontană dimineața. Fiecare om are ritmul său propriu de somn şi durata proprie în care reuşeşte să se odihnească în funcție de efortul depus şi de caracteristicile personale. Cunoaşterea cât mai bună a acestui ritm al copilului scuteşte părinții de multe eforturi de a-l culca atunci când lui nu-i este somn sau a-l trezi când mai vrea să doarmă. Diferențele dintre starea unui copil odihnit şi cea a unui copil obosit sunt foarte mari şi se manifestă în toate tipurile de activități. Ceea ce este foarte important este că fiecare copil are propriile lui nevoi şi este bine ca ele să fie respectate: unii sunt mai somnoroşi, alții se trezesc foarte devreme, unii dorm după-amiaza, alții se odihnesc mai bine într-un somn mai lung noaptea.

Problemele de somn pot antrena după ele deficit de atenție, iritabilitate, tulburări de memorie, lipsa apetitului etc.

• ***Principalele probleme de somn la copil***

Insomnia din primul an este o tulburare foarte frecventă, cu semnificații diferite în funcție de gravitate, dar care reflectă întotdeauna o dificultate de relaționare între bebeluş şi anturajul său. În insomnia

comună este vorba adesea de condiții nepotrivite (rigiditate a orelor de masă, excese alimentare, zgomot, atmosferă tensionată etc.). Insomnia cedează o dată cu ameliorarea acestor condiții. Calmul mamei şi al celorlalți membrii ai familiei are cea mai mare importanță. În insomnia ***severă*** se distinge o insomnie agitată, în care bebeluşul nu încetează să țipe, să plângă, să se agite. Insomnia „calmă" este cea în care bebeluşul stă în pat cu ochii deschişi, tăcut ore întregi şi pare că nu are nevoie de nimic. Aceste insomnii severe sunt rare şi sunt prezente în antecedentele copiilor autişti sau cu psihoză precoce.

Dificultățile de adormire sunt mult mai banale, apărând cel puțin câteva luni în dezvoltarea oricărui copil între 2 şi 6 ani. În această perioadă, copilul aflat în plină explorare a lumii şi descoperire de noi obiecte şi activități, acceptă cu dificultate mersul la culcare în detrimentul jocului. După 2 ani apar primele coşmaruri sau vise de angoasă în care copilul se sperie şi care pot duce până la o fobie de somn. În aceste condiții sunt necesare, amenajări speciale ale culcatului" implicând citirea poveştilor, lumina aprinsă, ritualuri, obiect tranzițional, prezența unei persoane lângă copil.

Opoziția față de culcare – copilul plânge, se agită, se dezveleşte când este culcat, adesea reuşind să adoarmă după adevărate lupte epuizante.

Ritualurile de culcare – frecvente între 3-6 ani. Copilul cere şi nu poate adormi fără un obiect, pahar cu apă, bomboană, repetarea aceluiaşi cântec etc.

Fobia de culcare – se poate reduce adesea la o cerere contrafobică: lumină aprinsă, uşă deschisă, dar uneori poate atinge o mare intensitate, astfel încât copilul este cuprins de panică imediat ce simte ca adoarme. De obicei, evită patul lui şi este supus unor vise de angoasă.

Insomnia autentică – se observă la copilul mare sau la adolescent şi nu este o reducere a cantității de somn ci o deplasare a somnului la altă oră, adormind la 11-12 noaptea. Reducerea reală a timpului de somn este rară şi survine într-un context de criză de angoasă, necesitând îngrijire şi tratament specializat.

Angoasele nocturne cuprind, teroarea nocturnă" sau pavor nocturn, visele de angoasă şi trezirile anxioase. Ele apar adesea sub denumirea de coşmaruri, fără o diferențiere precisă.

Teroarea nocturnă – copilul începe să țipe în pat, buimac şi cu o figură înspăimântată, nu recunoaşte persoanele din jur şi pare total absent de situație, nereacționând la vorbe sau gesturi. Criza durează de obicei câteva minute, apoi copilul adoarme. La trezire copilul nu-şi aminteşte nimic din cele întâmplate în cursul nopții.

Coşmarurile apar cu o mare frecvență, 30% dintre copii relatează un astfel de episod survenit recent. Poate fi observat începând de la vârsta de 2 ani. Copilul geme, țipă, plânge, strigă după ajutor. Uneori se trezeşte dar cel mai adesea abia a doua zi dimineața povesteşte, visul urât". Copiii se tem ca ceea ce i-a speriat în somn să nu se întâmple cu adevărat, manifestă anxietate sau vinovăție chiar şi când povestesc coşmarul pe care l-au avut. Singura metodă la dispoziția părinților este de a consola copilul şi a nu încerca să evite problema lui ci să-l asigure de toată înțelegerea şi sprijinul lor.

Trezirea anxioasă este intermediară între teroarea nocturnă şi visul de angoasă, copilul se trezeşte neliniştit şi adesea se duce în patul părinților.

Somnambulismul apare între 7 şi 12 ani, în special la copiii la care există antecedente familiale de somnambulism. În cursul primei jumătăți a nopții, copilul se ridică şi merge, uneori prezintă o activitate complicată, dar întotdeauna identică. După câteva minute (10-30) se culcă la loc sau se lasă dus în pat. A doua zi nu-şi aminteşte nimic. Somnambulismul evoluează adesea favorabil, dispărând în mod spontan. Atunci când este însoțit de alte simptome, în special de manifestări anxioase devine necesar un ajutor terapeutic.

Automatisme motorii sunt: bruxismul sau scrâşnirea dinților, somnilocvia în care copilul vorbeşte în somn şi mişcările ritmice din timpul somnului în care copilul întoarce capul stânga-dreapta, îndoaie genunchii etc. După ce au fost depistate, părinții e bine să le observe şi să le noteze durata, timpul manifestării, reacțiile copilului, frecvența etc.

În cazul celor care denotă o anxietate, pot avea legătură cu evenimente din viața reală sau deranjează copilul, e necesar să se vorbească cu el despre aceste lucruri, să i se povestească, dacă întreabă şi, în nici un caz, să nu fie pedepsit sau luat în râs.

- ***Măsuri de psihoigienă a somnului***

Pacientul trebuie să țină cont de următoarele reguli:

- Să aerisească dimineața şi seara dormitorul, să mențină o cameră curată şi în ordine.
- Trebuie să evite dorința puternică de a adormi, întrucât face somnul imposibil. Voința de a dormi antrenează o aşteptare anxioasă. Astfel, pacientul este instruit să urmărească nu adormirea, ci, dimpotrivă, să rămână treaz şi să-şi observe reacțiile corporale (ce anume nu-l lasă să adoarmă).
- Să nu se aşeze în pat decât atunci când este foarte obosit, gata de a adormi.
- Să nu folosească patul şi în scopul altor activități care stimulează (exemplu, să se uite la televizor etc.).
- Dacă după 20 minute nu poate să adoarmă, să se ridice din pat, să schimbe camera şi să stea în picioare până când simte că i s-a făcut somn.
- În fiecare dimineață să se trezească la aceeaşi oră, indiferent de numărul de ore de somn şi de starea de oboseală.
- Să nu doarmă în timpul zilei.
- Mese la ore regulate în fiecare zi, evitarea meselor abundente în apropierea orei de culcare.
- Practicarea seara a unor rutine de relaxare (exemplu, meditația, relaxarea musculară progresivă).
- Un program de exerciții fizice în cursul dimineții.
- Întreruperea substanțelor de tip cafeină, nicotină, alcool, stimulante.
- Să îşi stabilească un orar regulat de somn.

SĂNĂTATEA MINTALĂ CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ. DIRECȚII DE INTERVENȚIE

Sănătatea mintală este o problemă de sănătate publică, iar promovarea ei trebuie să fie un obiectiv al comunității. Amenințarea la adresa sănătății mintale este un fenomen complex, de ordin biologic, psihologic, dar şi social. În fața oricărei amenințări complexe, grupurile umane trebuie să se apere prin măsuri planificate, subordonate unei concepții strategice a căror aplicare presupune abordări tehnice şi tactice. În România există o amenințare semnificativ mai mare decât în alte zone europene, amenințare care se poate observa din: deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, creşterea ratei suicidului, creşterea consumului de substanțe psihoactive şi a dependenței de droguri, numărul crescut de factori stresogeni (declin economic, creşterea şomajului, scăderea nivelului de trai etc.), creşterea comportamentelor agresive şi violenței.

Elaborarea şi punerea în practică a unui program de promovare a sănătății mintale interesează, în egală măsură, toate instituțiile şi compartimentele societății, indiferent de orientarea lor predominant medicală, economică, culturală sau socială, ceea ce impune concentrarea eforturilor atât pentru asigurarea condițiilor optime, necesare dezvoltării armonioase a personalității, cât şi pentru neutralizarea factorilor ce ar putea să o influențeze nefavorabil. Programele de promovare a sănătății mintale vor fi **eficiente** dacă vor fi îndeplinite câteva **condiții**:

- cunoaşterea morbidității prin boli psihice, posibilă prin efectuarea unor studii epidemiologice şi analiza incapacității temporare de muncă, a invalidității;

- cunoaşterea factorilor de risc în îmbolnăvirile psihice şi a etiopatogeniei, realizabilă prin cercetări nemijlocite în diverse domenii de activitate şi colaborare interdisciplinară;
- aprecierea dinamicii morbidității în viitor, pe baza actualei morbidități, a tendinței fenomenelor demografice, direcțiilor de dezvoltare socială;
- cunoaşterea posibilităților actuale, disponibile, de influențare a sănătății mintale şi a îmbolnăvirilor;
- evaluarea necesităților de intervenție;
- conceperea unor programe specifice, cu obiective pertinente şi clar delimitate pe baza cărora să fie structurate etape şi acțiuni concrete;
- colaborarea intersectorială – sistem medical, şcoală, familie, biserică, autoritate publică, comunitate.

Principiile care stau la baza oricărui plan de sănătate mintală pot fi rezumate astfel:

1. Trebuie să se sprijine pe o analiză a situației reale, cu identificarea consecutivă a problemelor cheie.
2. Trebuie să fie rodul unei munci în echipă formată din grupuri de lucru multidisciplinare.
3. Trebuie să aibă un scop bine definit şi obiective strategice, secvențializate pe termen scurt, mediu şi lung.
4. Trebuie să aibă o structură modulară.
5. Trebuie să aibă un sistem de monitorizare: analize de etapă, feedback permanent, responsabilități clare.

În ceea ce priveşte organizarea modulară a unui plan de sănătate mintală, în *Tratatul de Sănătate mintală*, autorii D. Prelipceanu, R. Mihăilescu şi R. Theodorescu au analizat structura unui Plan Național de Sănătate Mintală. Acesta trebuie să cuprindă:

1. Modulul PREVENȚIE
2. Modulul SISTEME DE ÎNGRIJIRI
3. Modulul NORME
4. Modulul RESURSE
5. Modulul CONEXIUNI

Modulul prevenție (de profilaxie primară)

Este focalizat pe trei direcții:

1. **Diferite tipuri de prevenție în funcție de populația țintă**
   a. Prevenție generală – care vizează întreaga populație (exemplu, programe de igienă mintală împotriva abuzului de substanțe psihoactive, programe de management al stresului).
   b. Prevenție selectivă – care cuprind grupuri cu risc crescut de a dezvolta probleme psihice (exemplu, programe pentru copiii instituționalizați).
   c. Prevenție focalizată – care vizează grupurile cu risc înalt de boală (predispoziție genetică, simptome minimale, markeri biologici prezenți) (exemplu, programe privind populația vârstnică, programe privind copiii cu antecedente heredocolaterale de tulburări afective, schizofrenie).

2. **Analizarea factorilor de risc**
   Trebuie identificați factorii de risc biologici, psihologici şi sociali prin metodologii specifice, adaptate populației de referință. Această operațiune se numește screening. Cercetările științifice, riguroase, prin care să se determine corelațiile semnificativ statistice, presupun fonduri substanțiale şi un cadru instituțional solid.

3. **Tipuri variate de programe**
   Profilaxia primară se realizează prin diferite tipuri de programe educaționale, medicale, de asistență socială etc.

Modulul sisteme de îngrijiri (profilaxie secundară şi terțiară)

Orice sistem de îngrijiri trebuie să fie supus următoarelor principii pentru a funcționa optim:

- Principiul teritorializării (zonalității) – fiecare zonă să aibă structuri de îngrijire.
- Principiul echipei terapeutice (nu doar medicul este important într-o structură de îngrijire, aceasta realizându-se de către o echipă formată din medici, asistenți medicali, psihologi, asistenți sociali etc.).

- Principiul continuității îngrijirilor (odată externat din spital, pacientul trebuie evaluat şi îngrijit şi acasă, în secții de recuperare etc.).
- Principiul specializării (îngrijirile trebuie să fie specializate multicriterial, în funcție de vârstă, tip de patologie, mod de abordare terapeutică).
- Principiul orientării comunitare (există o serie largă de organizații nonguvernamentale sau organizații de pacienți care pot ajuta cu informații, consiliere, modele de proiecte).

Structurile de îngrijiri ar trebui să aibă ca piesă fundamentală Centrul de Sănătate Mintală şi să cuprindă: spitalul de psihiatrie, secția de psihiatrie din spitalele generale, staționarul de zi, centrul de intervenție în criză, rețele specializate pentru dependențe, geriatrie, alte structuri de tip comunitar, echipe mobile.

Modulul norme

Elaborarea unei legi de sănătate mintală şi a altor acte normative şi legi respectând principiile Organizației Mondiale a Sănătății, care stipulează:

- Promovarea sănătății mintale şi prevenirea tulburărilor psihice
- Accesul la îngrijirea primară de sănătate mintală
- Evaluarea sănătății mintale în concordanță cu principiile internaționale
- Prevederea celui mai puțin restrictiv tip de îngrijire de sănătate mintală
- Persoanele calificate să ia decizii
- Respectarea corpului de legi în vigoare
- Autodeterminarea
- Dreptul de a fi asistat în exercitarea autodeterminării
- Posibilitatea de a reexamina procedurile
- Mecanism de revizuire periodică

Necesitatea acestor legi decurge din faptul că profesioniştii din domeniul sănătății mintale să poată interveni în situații care necesită protecția integrității pacienților, precum şi a celor din jur, protejarea împotriva formelor de abuz, manipulare.

Modulul resurse

Înglobează atât resursele financiare, cât şi cele umane, vizând definirea raportului dintre nevoile din domeniul sănătății mintale şi fondurile asigurărilor sociale de sănătate, liniile extrabugetare de finanțare, sursele financiare internaționale, programe de formare la toate nivelurile (studenți, medici, psihologi, asistente, asistenți sociali etc.), programe de specializare pentru medicii de familie şi strategii de atragere către zona sănătății mintale a altor specialişti (jurişti, sociologi, preoți etc.).

Modulul conexiuni

Presupune realizarea de legături cu alte sisteme realizând subsisteme „de interfață".
Acestea pot fi făcute între sistemul de sănătate mintală şi:

1. sistemul medical general (exemplu, dezvoltarea psihiatriei de legătură);
2. învățământul universitar şi cercetarea ştiințifică (institut de cercetări în sănătatea mintală, departament de sănătate mintală în cadrul institutului de sănătate publică, curriculă de sănătate mintală în programa facultăților de psihologie, sociologie, medicină);
3. mass-media (programe de informare a jurnaliştilor şi programe de monitorizare a presei şi TV în vederea combaterii stigmatizării;
4. organizații non-guvernamentale (ONG);
5. alte sisteme.

ANEXĂ

LEGEA 487/2002, LEGEA SĂNĂTĂȚII MINTALE ŞI A PROTECȚIEI PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE

Capitolul I – Dispoziții generale

Art. 1 Sănătatea mintală reprezintă o componentă fundamentală a sănătății individuale şi constituie un obiectiv major al politicii de sănătate publică.
Art. 2 Guvernul României, prin organismele sale abilitate, întreprinde măsuri pentru promovarea şi apărarea sănătății mintale, prevenirea şi tratamentul tulburărilor psihice.
Art. 3 Ministerul Sănătății şi Familiei este autoritatea competentă pentru organizarea şi controlul activității de ocrotire a sănătății mintale a populației.
Art. 4 Ministerul Sănătății şi Familiei elaborează Programul național de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatrică şi psihosocială, corespunzător cerințelor de sănătate ale populației.
Art. 5 În sensul prezentei legi: a) prin persoană cu tulburări psihice se înțelege persoana bolnavă psihic, persoana cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum şi persoana care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare din practica medicală, ca fiind tulburări psihice; b) prin persoană cu tulburări psihice grave se înțelege persoana cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația şi consecințele comportamentului său, astfel încât necesită ajutor psihiatric imediat; c) prin pacient se înțelege persoana cu tulburări psihice aflată în îngrijirea unui serviciu medical; d) prin echipă terapeutică se înțelege totalitatea profesioniştilor în domeniul sănătății mintale implicați în asigurarea sănătății mintale, a asistenței medicale şi în îngrijirea unei persoane cu tulburări psihice, cum sunt: medic, psihiatru, psiholog, asistent medical specializat, asistent social, ergoterapeut şi personal paramedical; e) prin personal paramedical se înțelege un membru component al echipei terapeutice, altul decât medicul sau asistentul medical specializat; f) prin servicii complementare se înțeleg serviciile care asigură îngrijiri de sănătate mintală şi psihiatrice, precum: consiliere psihologica, orientare profesională, psihoterapie şi alte proceduri medico-psihosociale; g) prin servicii comunitare se înțeleg serviciile care permit îngrijirea pacientului în mediul sau firesc de viata; h) prin capacitate psihică se înțelege atributul stării psihice de a fi compatibilă, la un moment dat, cu exercitarea drepturilor civile sau a unor

activități specifice; i) prin handicap psihic se înțelege incapacitatea persoanei cu tulburări psihice de a face față vieții în societate, situația decurgând direct din prezența tulburării psihice; j) prin consimțământ se înțelege acordul persoanei cu tulburări psihice cu privire la procedurile de internare, diagnostic și tratament, care trebuie să fie liber de orice constrângere și precedat de o informare completă, într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor respective, și să fie reconfirmat în continuare ori de câte ori este nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză; k) prin discernământ se înțelege componenta capacității psihice, care se referă la o faptă anume și din care decurge posibilitatea persoanei respective de a aprecia conținutul și consecințele acestei fapte; l) prin periculozitate socială se înțelege atributul unei stări psihice sau al unui comportament ce implică riscul unei vătămări fizice pentru sine ori pentru alte persoane sau al unor distrugeri de bunuri materiale importante; m) prin reprezentant legal se înțelege persoana desemnată, conform legislației în vigoare, pentru a reprezenta interesele unei persoane cu tulburări psihice; n) prin reprezentant personal se înțelege persoana, alta decât reprezentantul legal, care acceptă să reprezinte interesele unei persoane cu tulburări psihice, desemnată de aceasta; o) prin internare voluntară se înțelege internarea la cererea sau cu consimțământul pacientului; p) prin internare nevoluntară se înțelege internarea împotriva voinței sau fără consimțământul pacientului.

Capitolul II – Promovarea și apărarea sănătății mintale și prevenirea îmbolnăvirilor psihice

Art. 6 (1) Promovarea sănătății mintale vizează modele de conduită și un mod de viață sănătos, care cresc rezistența la factorii perturbatori și reduc riscul de apariție a bolilor psihice.

(2) Promovarea sănătății mintale se realizează prin mijloace educaționale și informaționale specifice celor utilizate pentru promovarea bunăstării fizice.

Art. 7 (1) Apărarea sănătății mintale constă în adoptarea de măsuri de către instituțiile abilitate prin lege, prin care să se limiteze răspândirea concepțiilor, atitudinilor și comportamentelor dăunătoare pentru sănătatea mintală, în special abuzul de substanțe psihoactive, violența, comportamentul sexual anormal și pornografia.

(2) Pentru a pune în aplicare aceste măsuri Ministerul Sănătății și Familiei va colabora cu Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul de Interne, Ministerul Tineretului și Sportului, Ministerul Muncii și Solidarității

Sociale, Consiliul Național al Audiovizualului și cu organizații neguvernamentale, cu asociații profesionale și cu alte organisme interesate.

Art. 8 (1) Prevenirea îmbolnăvirilor psihice se realizează prin programe științifice, medicale, educaționale și sociale, destinate: a) întregii populații – prevenire generală; b) grupurilor de populație cu risc semnificativ mai mare decât restul populației de a dezvolta tulburări psihice – prevenire selectivă; c) grupurilor de populație cu risc înalt de îmbolnăvire psihică – prevenire focalizată.

(2) Ministerul Sănătății și Familiei, Academia de Ştiințe Medicale și institutele de sănătate publică stabilesc măsuri specifice de identificare a factorilor de risc biologic, psihologic și social la nivelul întregii populații și al diverselor grupuri de populație.

(3) Ministerul Sănătății și Familiei elaborează norme pentru depistarea precoce a tulburărilor psihice și de restabilire cât mai rapidă a sănătății mintale, exercitând totodată și controlul respectării acestora.

Art. 9 Măsurile privind promovarea și apărarea sănătății mintale, precum și prevenirea îmbolnăvirilor psihice sunt active, integrate, multidisciplinare, implicând și participarea individului, a familiei și a comunității.

Capitolul III – Evaluarea sănătății mintale și proceduri de diagnostic al tulburărilor psihice

Art. 10 (1) Evaluarea sănătății mintale se efectuează, prin examinare directă a persoanei în cauză, numai de către medicul psihiatru.

(2) Evaluarea se va efectua în instituții de sănătate mintală acreditate conform legii.

Art. 11 Evaluarea sănătății mintale se face cu consimțământul liber, informat și documentat al persoanei, cu excepția situațiilor specifice, stabilite de lege. În cazul în care persoana evaluată are dificultăți în a aprecia implicațiile unei decizii asupra ei înseși, aceasta poate beneficia de asistența reprezentantului personal sau legal.

Art. 12 Evaluarea stării de sănătate mintală se efectuează la cererea persoanei, la internarea voluntară a acesteia într-o unitate psihiatrică sau la solicitarea expresă a unor instituții autorizate, în condițiile unei internări silite.

Art. 13 (1) Obiectivul evaluării este stabilirea diagnosticului.

(2) În anumite cazuri specificate de lege evaluarea are ca obiective determinarea capacității psihice și a discernământului, stabilirea periculozității pentru sine sau pentru alte persoane, determinarea gradului de incapacitate, invaliditate și handicap psihic. Evaluarea capacității psihice se efectuează

pentru unele profesiuni care necesită acest fapt, categoriile urmând să fie stabilite prin norme.

Art. 14 (1) În evaluarea sănătății mintale medicul psihiatru nu ia în considerare criteriile neclinice, cum sunt: cele politice, economice, sociale, rasiale şi religioase, conflictele familiale sau profesionale ori nonconformismul față de valorile morale, sociale, culturale, politice sau religioase, dominante în societate.

(2) Faptul că o persoană a fost îngrijită ori spitalizată în trecut, nu justifică un diagnostic prezent sau viitor de tulburare psihică.

Art. 15 (1) Dacă în urma evaluării stării de sănătate mintală medicul psihiatru constată prezența unei tulburări psihice, diagnosticul se formulează în conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății, în vigoare.

(2) Rezultatul evaluării se formulează în conformitate cu principiile şi procedurile medicale în vigoare. El se consemnează în sistemele de evidență medicală şi este adus la cunoştința persoanei în cauză, reprezentantului său personal sau legal ori, la cererea expresă, autorităților în drept.

(3) În cazul în care în urma evaluării efectuate se ajunge la diagnosticarea unei tulburări psihice, medicul psihiatru are obligația să formuleze un program terapeutic care se aduce la cunoştința pacientului sau reprezentantului său personal ori legal.

Art. 16 (1) Persoana care este evaluată din punct de vedere al sănătății mintale are dreptul la confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.

(2) Persoana în cauză sau reprezentantul său legal are dreptul să conteste rezultatul evaluării, să solicite şi să obțină repetarea acesteia.

Art. 17 Evaluarea sănătății mintale în cadrul expertizei medico-legale psihiatrice se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Capitolul IV – Servicii medicale şi de îngrijiri de sănătate mintală

Secțiunea 1 – Unități de asistență medicală pentru sănătatea mintală

Art. 18 (1) Serviciile medicale şi de îngrijiri de psihiatrie sunt acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate prin: a) rețeaua serviciilor de sănătate, predominant prin intermediul medicului de familie; b) structuri specializate de sănătate mintală.

(2) Serviciile medicale şi de îngrijiri de psihiatrie se pot acorda şi prin rețeaua de sănătate privată.

Art. 19 Asistența medicală şi îngrijirile primare de sănătate mintală sunt o componentă a îngrijirilor de sănătate, ele fiind acordate atât în rețeaua ambulatorie de psihiatrie, cât şi de către medicul de familie.
Art. 20 Bolnavii psihici monitorizați prin sistemul de asistență ambulatorie, indiferent de statutul social pe care îl au, beneficiază de asistență medicală gratuită.
Art. 21 (1) În domeniul ocrotirii sănătății mintale medicul de familie are următoarele responsabilități: a) promovarea şi apărarea sănătății mintale şi prevenția tulburărilor psihice; b) participarea la îngrijirea ambulatorie a tulburărilor psihice, intervenția terapeutică de urgență în limitele competenței sale, conform metodologiei elaborate de Ministerul Sănătății şi Familiei, trimiterea persoanelor cu tulburări psihice către rețeaua de asistență medicală şi îngrijiri de sănătate mintală.

(2) Pentru realizarea obiectivelor menționate mai sus se asigura competenta profesioniştilor din rețeaua primara prin formare profesională continua.

(3) Serviciile medicale şi îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de îngrijiri primare de sănătate, trebuie sa corespunda atât cantitativ, cât şi calitativ prevederilor legale în vigoare.

(4) Serviciile medicale şi îngrijirile de sănătate mintală, prestate în rețeaua de sănătate privată, trebuie sa corespunda atât cantitativ, cât şi calitativ prevederilor prezentei legi.
Art. 22 Serviciile specializate de sănătate mintală se realizează prin următoarele structuri: a) centrul de sănătate mintală; b) cabinetul psihiatric, cabinetul de evaluare, terapie şi consiliere psihologica, de psihoterapie şi de logopedie; c) centrul de intervenție în criză; d) servicii de îngrijire la domiciliu; e) spitalul de psihiatrie; f) staționarul de zi; g) secția de psihiatrie din spitalul general; h) compartimentul de psihiatrie de legătură din spitalul general; i) centre de recuperare şi reintegrare socială; j) ateliere şi locuințe protejate; k) centrul de consultanță privind violența în familie.
Art. 23 De serviciile medicale şi de îngrijiri de sănătate mintală aparțin şi furnizorii de servicii complementare îngrijirii psihiatrice, şi anume: consultanța, informare şi educare publică a persoanelor cu tulburări psihice.

Secțiunea 2 – Norme de îngrijire

Art. 24 Persoanele cu tulburări psihice beneficiază de asistență medicală, îngrijiri şi protecție socială de aceeaşi calitate cu cele aplicate altor categorii de bolnavi şi adaptate cerințelor lor de sănătate.

Art. 25 Pentru asigurarea calității îngrijirilor serviciile de sănătate mintală trebuie să îndeplinească următoarele condiții: a) să fie accesibile din punct de vedere geografic, prin repartizarea judicioasă în teritoriu a unităților din sectorul public; b) să asigure continuitatea îngrijirilor şi acoperirea diversității nevoilor de evaluare, tratament, reabilitare şi reintegrare a persoanelor cu tulburări psihice; c) să asigure şi să dezvolte modele de îngrijire comunitară; d) să dispună, după caz, de personal medical, paramedical şi auxiliar calificat, în număr suficient şi supus unui proces continuu de formare profesională; e) să dispună de spatii, amenajări şi echipamente care să permită proceduri de evaluare şi terapie adecvate şi active pentru asigurarea de îngrijiri complete, în conformitate cu normele internaționale; f) să asigure folosirea unor metode terapeutice şi a unor mijloace care să restabilească, să mențină şi să dezvolte capacitatea persoanelor cu tulburări psihice de a face față singure propriilor inabilități şi handicapuri şi de a se autoadministra; g) să permită exercitarea drepturilor cetățeneşti şi a celor ce derivă din calitatea de pacient, cu excepția situațiilor prevăzute de legislația în vigoare; h) să respecte şi să asigure condiții pentru viața particulară a persoanei cu tulburări psihice; i) să respecte şi să fie adaptate convingerilor religioase şi culturale ale persoanelor cu tulburări psihice; j) să asigure accesul pacienților la procesul de evaluare a îngrijirilor.

Art. 26 (1) Orice persoană cu tulburări psihice trebuie apărată de daunele pe care ar putea să i le producă administrarea nejustificată a unui medicament sau a unor proceduri de diagnostic şi tratament, de maltratările din partea altor pacienți, ale personalului de serviciu sau ale altor persoane ori de alte acte de natură să antreneze o suferință fizică sau psihică.

2) Îngrijirile oricărei persoane cu tulburări psihice se acordă în mediul cel mai puțin restrictiv, prin proceduri cât mai puțin restrictive, care să respecte pe cât posibil integritatea sa fizică şi psihică şi să răspundă în acelaşi timp nevoilor sale de sănătate, precum şi necesității de a asigura securitatea fizică a celorlalți.

Art. 27 Scopul îngrijirilor acordate oricărei persoane cu tulburări psihice este apărarea şi întărirea autonomiei personale.

Art. 28 Tratamentul şi îngrijirile acordate persoanei cu tulburări psihice se bazează pe un program terapeutic individualizat, discutat cu pacientul, revizuit periodic, modificat atunci când este nevoie şi aplicat de către personal calificat.

Art. 29 (1) În alcătuirea şi în punerea în aplicare a programului terapeutic medicul psihiatru este obligat să obțină consimțământul pacientului şi să respecte dreptul acestuia de a fi asistat în acordarea consimțământului.

(2) Medicul psihiatru poate institui tratamentul fără obținerea consimțământului pacientului în următoarele situații: a) comportamentul pacientului reprezintă un pericol iminent de vătămare pentru el însuşi sau pentru alte persoane; b) pacientul nu are capacitatea psihică de a înțelege starea de boală şi necesitatea instituirii tratamentului medical; c) pacientul a fost pus sub interdicție în urma unei proceduri juridice anterioare şi s-a instituit tutela; d) pacientul este minor, medicul psihiatru fiind obligat să solicite şi să obțină consimțământul reprezentantului personal sau legal al pacientului.

(3) În situațiile prevăzute la alin. (2) lit. a) şi b), în care nu se obține sau nu se poate obține consimțământul reprezentantului personal ori legal al pacientului, medicul psihiatru acționează pe propria răspundere, instituind procedurile de diagnostic şi tratament pe care le consideră necesare pe perioada strict necesară atingerii scopului urmărit. Aceste cazuri vor fi notificate şi supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 52.

Art. 30 Consimțământul poate fi retras în orice moment de către pacient sau de reprezentantul sau personal ori legal, medicul psihiatru având obligația să informeze pacientul sau reprezentantul său personal ori legal asupra urmărilor întreruperii tratamentului. Medicul psihiatru are dreptul de a continua aplicarea măsurilor terapeutice pe perioada strict necesară în cazul în care apreciază că întreruperea tratamentului are drept consecință apariția periculozității pentru sine sau pentru alte persoane, din cauza bolii. Aceste cazuri vor fi notificate şi supuse analizei comisiei de revizie a procedurii, în conformitate cu prevederile art. 52.

Art. 31 În situațiile în care medicul psihiatru suspectează existența unui conflict de interese între pacient şi reprezentantul său personal, sesizează parchetul pentru desemnarea unui reprezentant legal.

Art. 32 Toate deciziile terapeutice se comunică imediat pacientului şi se consemnează în dosarul medical al acestuia în cel mai scurt termen.

Art. 33. (1) Întreaga echipa terapeutică este obligată să păstreze confidențialitatea informațiilor, cu excepția situațiilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Situațiile în care pot fi dezvăluite informații referitoare la o persoană cu tulburare psihică sunt următoarele: a) există o dispoziție legală în acest sens; b) stabilirea vinovăției în cazul unei infracțiuni prevăzute de lege; c) acordul persoanei în cauză; d) este necesară pentru exercitarea profesiunii, cu condiția respectării anonimatului persoanei în cauză.

(3) Pot fi transmise dosare şi informații medicale între diferite unități sanitare, la cerere sau cu ocazia transferului, dacă pacientul acceptă transferul

(4) când anumite informații referitoare la un tratament actual sau trecut privind un pacient sunt necesare unei instanțe de judecată sau Colegiului Medicilor din România, care judecă în legătură cu o cauză, medicul curant este autorizat să aducă dovezi de orice fel privind pacientul şi comunicări ale informațiilor aflate sub semnul confidențialității.

(5) Orice pacient sau fost pacient are acces la toată documentația medicală din serviciile unde a fost îngrijit, cu excepția cazurilor în care: a) dezvăluirea unor asemenea documente medicale ar putea să fie în detrimentul sănătății sale fizice şi mintale, acest fapt fiind stabilit de către medicul-şef sau de către medicul curant; b) a fost efectuată o specificație scrisă asupra riscului acestui efect pe dosarul pacientului, aplicată numai persoanelor care sunt pacienți în prezent, nu şi foştilor pacienți.

Art. 34 (1) Orice pacient sau fost pacient are dreptul de a înainta plângeri în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

(2) Plângerile pacienților pot fi formulate şi de reprezentanții personali sau legali ai acestora privind încălcarea drepturilor pacienților prevăzute de prezenta lege.

Secțiunea 3 – Drepturile persoanelor cu tulburări psihice

Art. 35 (1) Orice persoană cu tulburări psihice are dreptul la cele mai bune servicii medicale şi îngrijiri de sănătate mintală disponibile.

(2) Orice persoană care suferă de tulburări psihice sau care este îngrijită ca atare trebuie tratată cu omenie şi în respectul demnității umane şi să fie apărată împotriva oricărei forme de exploatare economică, sexuală sau de alta natură, împotriva tratamentelor vătămătoare şi degradante.

(3) Nu este admisă nici o discriminare bazată pe o tulburare psihică.

(4) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale şi culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum şi în alte convenții şi tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte, cu excepția cazurilor prevăzute de lege.

(5) Orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul, în măsura posibilului, să trăiască şi să lucreze în mijlocul societății. Administrația publică locală, prin organismele competente, asigură integrarea sau reintegrarea în activități profesionale corespunzătoare stării de sănătate şi capacității de reinserție socială şi profesională a persoanelor cu tulburări psihice.

(6) Orice persoană cu tulburare psihică are dreptul să primească îngrijiri comunitare, în sensul definit de prezenta lege.

Art. 36 (1) Orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la: a) recunoaşterea de drept ca persoană; b) viaţa particulară; c) libertatea de comunicare, în special cu alte persoane din unitatea de îngrijire, libertatea de a trimite şi de a primi comunicări particulare fără nici un fel de cenzură, libertatea de a primi vizite particulare ale unui consilier ori ale unui reprezentant personal sau legal şi, ori de câte ori este posibil, şi ale altor vizitatori, libertatea de acces la serviciile poştale şi telefonice, precum şi la ziare, la radio şi la televiziune; d) libertatea religioasă sau de convingere.

(2) Mediul şi condiţiile de viaţă în serviciile de sănătate mintală trebuie să fie pe cât posibil cât mai apropiate de viaţa normală a persoanelor de vârstă corespunzătoare.

(3) Pentru petrecerea timpului liber orice pacient cu tulburări psihice are dreptul la: a) mijloace de educaţie; b) posibilităţi de a cumpăra sau de a primi articolele necesare vieţii zilnice, distracţiilor sau comunicării; c) mijloace care să permită pacientului să se consacre unor ocupaţii active, adaptate mediului său social şi cultural, încurajări pentru folosirea acestor mijloace şi măsuri de readaptare profesională de natură să îi uşureze reinserţia în societate.

(4) Pacientul nu poate fi obligat să presteze o muncă forţată.

(5) Activitatea efectuată de către un pacient într-un serviciu de sănătate mintală nu trebuie să permită exploatarea fizică sau psihică a acestuia.

Art. 37 Studiile clinice şi tratamentele experimentale, psihochirurgia sau alte tratamente susceptibile să provoace vătămări integrităţii pacientului, cu consecinţe ireversibile, nu se aplică unei persoane cu tulburări psihice decât cu consimţământul acesteia, în cunoştinţă de cauză, şi cu condiţia aprobării de către comitetul de etică din cadrul unităţii de psihiatrie, care trebuie să se declare convins că pacientul şi-a dat cu adevărat consimţământul, în cunoştinţă de cauză, şi că acesta răspunde interesului pacientului.

Art. 38 (1) Din momentul admiterii într-un serviciu de sănătate mintală, fiecare pacient trebuie să fie informat, de îndată ce este posibil, într-o formă şi într-un limbaj pe care să poată să le înţeleagă, asupra drepturilor sale, în conformitate cu prevederile legii, iar această informare va fi însoţită de explicarea drepturilor şi a mijloacelor de a le exercită.

(2) Dacă pacientul nu este capabil să înţeleagă aceste informaţii şi atât timp cât această incapacitate va dura, drepturile sale vor fi aduse la cunoştinţa reprezentantului său personal sau legal.

(3) Pacientul care are capacitatea psihică păstrată are dreptul să desemneze persoana care va fi informată în numele său, precum şi persoana care va fi însărcinată să îi reprezinte interesele pe lângă autorităţile serviciului.

Art. 39 Persoanele care execută pedepse cu închisoarea sau care sunt deținute în cadrul unei urmăriri sau a unei anchete penale şi despre care s-a stabilit că au o tulburare psihică, precum şi persoanele internate în spitalul de psihiatrie ca urmare a aplicării măsurilor medicale de siguranță prevăzute de Codul penal primesc asistență medicală şi îngrijirile de sănătate mintală disponibile, conform prevederilor legii.

Capitolul V – Internarea într-o unitate de psihiatrie

Art. 40 Internarea într-o unitate de psihiatrie se face numai din considerente medicale, înțelegându-se prin acestea, proceduri de diagnostic şi de tratament.

Secțiunea 1 – Internarea voluntară

Art. 41 Internarea voluntară se aplică în acelaşi mod ca şi primirea în orice alt serviciu medical şi pentru orice altă boală.
Art. 42 Internarea voluntară într-un serviciu de psihiatrie se realizează cu respectarea normelor de îngrijire şi a drepturilor pacientului, prevăzute la art. 25-28, art. 29 alin. (1) şi la art. 32-38.
Art. 43 Orice pacient internat voluntar într-un serviciu de sănătate mintală are dreptul de a se externa la cerere, în orice moment, cu excepția cazului în care sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării împotriva voinței pacientului.

Secțiunea 2 – Internarea nevoluntară

Art. 44 Procedura de internare nevoluntară se aplică numai după ce toate încercările de internare voluntară au fost epuizate.
Art. 45 O persoană poate fi internată prin procedura de internare nevoluntară numai dacă un medic psihiatru abilitat hotărăşte că persoana suferă de o tulburare psihică şi consideră că: a) din cauza acestei tulburări psihice există pericolul iminent de vătămare pentru sine sau pentru alte persoane; b) în cazul unei persoane suferind de o tulburare psihică gravă şi a cărei judecată este afectată, neinternarea ar putea antrena o gravă deteriorare a stării sale sau ar împiedica să i se acorde tratamentul adecvat.
Art. 46 Internarea nevoluntară se realizează numai în spitale de psihiatrie care au condiții adecvate pentru îngrijiri de specialitate în condiții specifice.
Art. 47 (1) Solicitarea internării nevoluntare a unei persoane se realizează de către: a) medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care are în îngrijire această persoană; b) familia persoanei; c) reprezentanții serviciilor abilitate

ale administrației publice locale; d) reprezentanții poliției, jandarmeriei, parchetului sau ai pompierilor.

(2) Motivele solicitării internării nevoluntare se certifică sub semnătura de către persoanele menționate la alin. (1), cu specificarea propriilor date de identitate, descrierea circumstanţelor care au condus la solicitarea de internare nevoluntară, a datelor de identitate ale persoanei în cauză şi a antecedentelor medicale cunoscute.

Art. 48 Transportul persoanei în cauză la spitalul de psihiatrie se realizează, de regulă, prin intermediul serviciului de ambulanță. În cazul în care comportamentul persoanei în cauză este vădit periculos pentru sine sau pentru alte persoane, transportul acesteia la spitalul de psihiatrie se realizează cu ajutorul poliției, jandarmeriei, pompierilor, în condițiile respectării tuturor măsurilor posibile de siguranță şi respectării integrității fizice şi demnității persoanei.

Art. 49 Medicul psihiatru, după evaluarea stării de sănătate mintală a persoanei aduse şi după aprecierea oportunității internării nevoluntare, are obligația de a informa imediat persoana respectivă cu privire la hotărârea de a o supune unui tratament psihiatric, precum şi de a informa reprezentantul personal sau legal al pacientului, în termen de cel mult 72 de ore, asupra acestei hotărâri.

Art. 50 Dacă medicul nu deține informații referitoare la existența sau la adresa unui reprezentant personal ori legal al pacientului, are obligația de a informa autoritatea tutelară.

Art. 51 Dacă medicul psihiatru consideră că nu există motive medicale pentru internare nevoluntară, nu va retine persoana adusă şi va înscrie decizia sa, cu motivarea respectivă, în documentația medicală.

Art. 52 (1) Decizia de internare nevoluntară se confirmă în termen de cel mult 72 de ore, pe baza notificării făcute de către medicul care a internat pacientul, de către o comisie de revizie a procedurii, alcătuită din 3 membri numiți de directorul spitalului, şi anume: 2 psihiatri, pe cât posibil alții decât cel care a internat persoana, şi un medic de altă specialitate sau un reprezentant al societății civile.

(2) Această comisie procedează la examinarea periodică a pacientului internat nevoluntar, în termen de maximum 15 zile, sau la solicitarea medicului care are pacientul în îngrijire.

(3) Comisia are obligația de a consemna decizia luată în dosarul medical al pacientului şi de a informa pacientul şi reprezentantul sau personal sau legal asupra deciziei luate.

Art. 53 (1) Decizia de internare nevoluntară este notificată în cel mult 24 de ore şi este supusă revizuirii parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă. În acest scop unitatea spitalicească în care se află internat pacientul

este obligată să pună la dispoziție parchetului de pe lângă instanța judecătorească competentă documentele medicale referitoare la pacientul în cauză.

(2) În situația în care parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă consideră că internarea nevoluntară este nejustificată, se va dispune efectuarea unei noi examinări psihiatrice de către o altă comisie medico-legală, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

Art. 54 (1) Împotriva hotărârii de internare nevoluntară, pacientul, reprezentantul personal sau legal al acestuia poate sesiza instanța judecătorească competentă, potrivit legii. În cadrul procesului, dacă starea sa o permite, pacientul este audiat de către judecător; în situația în care acest lucru nu este posibil, judecătorul se deplasează la unitatea în care este internat pacientul, pentru audieri. Judecarea se face în procedură de urgență.

(2) Pacientul, familia sau reprezentantul său legal ori personal are dreptul să solicite efectuarea unei noi expertize medico-legale psihiatrice, în condițiile prevăzute de legislația în vigoare.

Art. 55 În cazul în care un pacient internat voluntar își retrage consimțământul și sunt întrunite condițiile prevăzute la art. 45, medicul psihiatru curant declanșează procedura de menținere a internării nevoluntare.

Art. 56 În situația în care nu se mai constată condițiile care au determinat hotărârea de internare nevoluntară, fapt confirmat și de medicul psihiatru care are în îngrijire pacientul, comisia de revizie a procedurii decide externarea după examinarea directă a pacientului. În acest caz, pacientul are dreptul de a părăsi imediat unitatea spitalicească sau poate solicita continuarea tratamentului în urma consimțământului scris.

Art. 57 (1) Dacă instanța judecătorească competentă nu autorizează internarea nevoluntară sau retrage autorizația, persoana în cauză are dreptul de a părăsi imediat unitatea spitalicească sau poate solicita, în urma consimțământului scris, continuarea tratamentului.

(2) Dacă o persoană aflată în procedura de internare nevoluntară părăsește unitatea spitalicească fără să existe decizia comisiei de revizie a procedurii sau hotărârea instanței de judecată competente, unitatea spitalicească are obligația de a sesiza imediat organele de politie și parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă, precum și familia, reprezentantul personal sau legal al pacientului.

Art. 58 Pacientul internat nevoluntar este tratat în condiții similare celor în care sunt îngrijiți ceilalți pacienți din unitatea de psihiatrie respectivă, cu respectarea prevederilor art. 37.

Art. 59 (1) Restricțiile privind libertățile individuale ale pacientului internat nevoluntar sunt limitate de starea sa de sănătate și de eficiența tratamentului.

Nu pot fi limitate drepturile pacientului privind: a) comunicarea, conform dorinței sale, cu orice autoritate cu atribuții în domeniul de competență legat de situația sa, cu membrii familiei sau cu avocatul; b) accesul la corespondența personală și utilizarea telefonului în scop privat; c) accesul la presă sau la publicații; d) dreptul la vot, dacă nu se află într-o situație de restrângere a drepturilor cetățenești; e) exercitarea liberă a credinței religioase.

(2) Pacientul internat nevoluntar are dreptul de a fi informat asupra regulamentului de funcționare a unității spitalicești.

(3) Internarea nevoluntară nu constituie o cauză de restrângere a capacității juridice a pacientului.

Capitolul VI – Sancțiuni

Art. 60 Nerespectarea de către profesioniștii în domeniul sănătății mintale a confidențialității datelor despre persoana cu tulburări psihice, a principiilor și a procedurilor referitoare la obținerea consimțământului, a instituirii și a menținerii tratamentului, a procedurilor de internare nevoluntară a pacientului, precum și a drepturilor pacientului internat atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform prevederilor legale.

Capitolul VII – Finanțarea serviciilor de sănătate mintală

Art. 61 Serviciile medicale și de îngrijiri de sănătate mintală acordate persoanelor asigurate se finanțează din bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

Art. 62 Activitățile profilactice din patologia psihiatrică și psihosocială, precum și îngrijirile preventive de sănătate mintală se finanțează de la bugetul de stat.

Capitolul VIII – Dispoziții tranzitorii și finale

Art. 63 Ministerul Sănătății și Familiei, în colaborare cu Ministerul Justiției, Ministerul Educației și Cercetării, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și organele administrației publice locale vor lua măsurile de punere în aplicare a prevederilor prezentei legi.

Art. 64 Pe data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă Decretul nr. 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoși, publicat în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 83 din 16 octombrie 1980.

(Legea 487/2002, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, publicată în M. Of. partea I nr 589/08.08.2002)

Norme de aplicare a Legii Sănătății Mintale şi a Protecției Persoanelor cu Tulburări Psihice nr. 487 din 11 iulie 2002

CAPITOLUL I: PROMOVAREA ŞI APĂRAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE ŞI PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR PSIHICE

Art. 1 Instituțiile publice abilitate să ia măsuri pentru promovarea şi apărarea sănătății mintale, prevenirea şi tratamentul tulburărilor psihice sunt următoarele:

(a) Ministerul Sănătății
(b) Ministerul Educației şi Cercetării
(c) Ministerul Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei
(d) Ministerul Administrației şi Internelor
(e) Ministerul Justiției
(f) Agenția Națională Antidrog
(g) Agenția Națională pentru Sport
(h) Agenția Națională pentru Tineret
(i) Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap
(j) Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului

Art.2

(1) Ministerul Sănătății elaborează Planul de măsuri pentru promovarea sănătății mintale şi prevenirea îmbolnăvirilor psihice în colaborare cu instituțiile publice prevăzute la art.1, precum şi cu organizații neguvernamentale.
(2) Planul prevăzut la alin.(1) se publică pe site-ul Ministerului Sănătății.

Art.3

Fiecare instituție dintre cele prevăzute la art.1 întocmeşte şi publică pe site-ul propriu un raport anual cu privire la activitățile întreprinse pentru promovarea sănătății mintale şi prevenirea îmbolnăvirilor psihice, precum şi bugetul alocat.

CAPITOLUL II: EVALUAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE

Art. 4

(1) Pacienții din Centrele de recuperare şi reabilitare neuropsihică, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap sunt evaluați din punct de vedere psihiatric de cel puțin două ori pe an, de către medicul specialist psihiatru, în scopul stabilirii celei mai adecvate conduite de recuperare.

(2) Evaluarea din punct de vedere psihiatric de la alin.(1) se realizează prin servicii medicale ambulatorii şi se efectuează, la solicitarea Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului, în baza unui grafic stabilit de comun acord şi se decontează de către Fondul Naţional Unic de Asigurări de Sănătate.
(3) Alte unităţi decât cele prevăzute la alin.(1), aflate în structura Direcţiilor Generale Judeţene de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului şi în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap solicită evaluarea din punct de vedere psihiatric pentru persoanele cu tulburări psihice asistate, în vederea redistribuirii în alte unităţi prevăzute la alin.(1).
(4) Serviciile medicale prevăzute la alin.(2) şi alin.(3) se furnizează de medici psihiatrii din unităţi sanitare cu sau fără personalitate juridică în afara timpului de lucru de la unitatea la care este angajat, iar cheltuielile de transport, cazare şi diurna se suportă de solicitant.
(5) Evaluarea din punct de vedere psihiatric se finalizează, dacă este cazul, cu un plan terapeutic care se transmite unităţii solicitante şi scrisoare medicală adresată medicului de familie pe lista căruia este înscrisă persoana evaluată.

Art. 5

Categoriile de profesiuni care necesită examinarea periodică a stării de sănătate mintală, se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii, la propunerea unităţilor interesate, cu respectarea dispoziţiilor legale privind confidenţialitatea şi drepturile persoanei cu tulburări psihice.

CAPITOLUL III: SERVICII DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Art. 6

(1) În vederea asigurării asistenţei psihiatrice comunitare, a creşterii accesibilităţii şi calităţii serviciilor acordate, se organizează din punct de vedere funcţional, teritoriul ţării, în arii geografice numite sectoare psihiatrice.
(2) Se organizează separat sectoare psihiatrice pentru adulţi şi sectoare psihiatrice pentru copii şi adolescenţi, astfel:

a) un sector psihiatric pentru adulţi este o arie teritorială şi populaţională distinctă, care cuprinde 100 – 150 000 de locuitori.

b) un sector psihiatric pentru copii şi adolescenţi este o arie teritorială şi populaţională distinctă, care cuprinde 200 000 – 400 000 de locuitori.

Art. 7

(1) În vederea organizării şi funcţionării sectoarelor psihiatrice prevăzute la art.6, Ministerul Sănătăţii, prin direcţiile de sănătate publică, înfiinţează comisii judeţene în termen de 15 de zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin;

(2) Comisia județeană prevăzută la alin.(1) are următoarea componentă:

a) un reprezentant al direcției de sănătate publică;

b) un coordonator – medic psihiatru, desemnat de direcția de sănătate publică;

c) un reprezentant al administrației publice locale.

(3) Pentru dezvoltarea şi funcționarea sectoarelor psihiatrice, Ministerul Sănătății monitorizează utilizarea resurselor financiare şi umane prin Institutul Național de Cercetare şi Dezvoltare în Sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate.

(4) Comisiile prevăzute la alin. (1) stabilesc, în termen de 30 de zile, conform prevederilor legale în vigoare, hărțile sectoarelor psihiatrice după evaluarea resurselor umane şi materiale disponibile şi propun măsuri pentru acoperirea nevoilor de îngrijiri de sănătate mintală.

(5) Direcțiile de sănătate publică județene vor elabora în termen de 6 luni de la stabilirea hărților sectoarelor psihiatrice planuri specifice de măsuri pentru realizarea progresivă a prevederilor referitoare la serviciile de sănătate mintală cuprinse în prezentul ordin.

Art.8

(1) Baza sistemului de îngrijiri o reprezintă o unitate funcțională constituită de echipa terapeutică şi structurile în care aceasta îşi desfăşoară activitatea deservind un sector psihiatric.

(2) Echipa prevăzută la alin. (1) este compusă din medici specialişti în psihiatrie, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali de psihiatrie şi alte categorii de personal necesare, în funcție de activitățile desfăşurate şi de specificul sectorului. Echipa terapeutică este condusă de un psihiatru, medic primar sau medic specialist.

(3) Medicul – coordonator al echipei terapeutice adaptează serviciile acordate în cadrul sectorului, în funcție de specificitățile sectorului psihiatric deservit şi de nevoile populației țintă.

Art. 9

(1) În cadrul fiecărui sector se organizează în funcție de nevoile şi particularitățile locale, următoarele structuri:

(a) centrul de sănătate mintală, care organizează unitatea mobilă, centrul de intervenție în criză şi staționar de zi, după caz;

(b) staționarul de zi;

(c) cabinete de psihiatrie;

(d) structuri cu paturi cu sau fără personalitate juridică.

(2) Se pot organiza structuri transectoriale cu paturi, cu sau fără personalitate juridică pentru patologiile rare, rezistente la tratament sau care nu pot fi rezolvate la nivelul sectorului, precum şi pentru pacienții încadrați în art. 114 Cod Penal.

(3) Pentru îngrijiri de lungă durată pentru persoane cu probleme severe şi persistențe de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector compartimente sau secții cu paturi, cu maxim 40 de paturi.

Art 10

În unitățile sanitare cu paturi se organizează compartimente de psihiatrie de legătură pentru asistența psihiatrică a pacienților internați.

Art 11

Pacienții, care în urma evaluării de către echipa terapeutică necesită tratament îndelungat, vor fi dirijați către centrele de recuperare şi reabilitare neuropsihiatrică sau către locuințele protejate, după caz.

Art. 12

(1) În cadrul fiecărui sector psihiatric se acordă servicii după cum urmează:

a) servicii psihiatrice ambulatorii;

b) servicii de asistență mobilă, pentru pacienți dificil de tratat sau care refuză să frecventeze structurile medicale, dar care acceptă tratamentul sau pentru acoperirea unor nevoi psihosociale variate, care necesită deplasarea unor membri ai echipei terapeutice;

c) servicii psihiatrice de zi: terapie ocupațională, psihoterapie individuală şi de grup, precum şi programe specializate de reabilitare. Aceste servicii furnizate pacienților internați în staționarul de zi sunt limitate în timp la maxim 2 luni, după aceasta pacienții fiind trimişi serviciilor de reabilitare sau către asistența primară.

d) servicii de reabilitare – în funcție de oportunitățile locale, fiecare centru de sănătate mintală oferă programe specializate de reabilitare: programe de terapie ocupațională, programe de reabilitare vocațională, programe de petrecere a timpului liber, programe de psihoeducație.

e) servicii spitaliceşti

f) îngrijiri la domiciliu

(2) Îndrumarea medicilor de familie din sectorul psihiatric în acordarea de îngrijiri de sănătate mintală. Echipa terapeutică a sectorului psihiatric stabileşte protocoale de colaborare cu medicii de familie pentru asigurarea continuității îngrijirilor.

Art 13

(1) Pentru fiecare sector psihiatric se prevede un anumit număr de paturi pentru patologia acută, în funcție de nevoile şi particularitățile sectorului, fie într-un spital psihiatric, fie într-o secție de psihiatrie dintr-un spital general.

(2) Personalul unui serviciu spitalicesc sectorial este parte integrantă a echipei terapeutice de sector.

Art. 14

(1) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru adulți cuprinde:

(a) 8 norme întregi pentru psihiatri;
(b) 40 norme întregi pentru asistente de psihiatrie;
(c) 4 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
(d) 5 norme întregi pentru asistenți sociali;
(e) alt personal.

(2) Echipa terapeutică a sectorului psihiatric pentru copii şi adolescenți cuprinde:

(a) 4 norme întregi pentru psihiatri;
(b) 20 norme întregi pentru asistente de psihiatrie;
(c) 2 norme întregi pentru psihologi clinicieni;
(d) 3 norme întregi pentru psihopedagogi;
(e) 3 asistenți sociali;
(f) alt personal.

Art.15

Pentru îngrijiri de lungă durată, pentru persoane cu probleme severe şi persistente de sănătate mintală, se organizează în fiecare sector unități cu maxim 40 de paturi.

Art. 16

(1) Pentru pacienții fără probleme severe şi persistente de sănătate mintală care necesită tratament de lungă durată, echipa terapeutică evaluează nevoile şi stabilește în funcție de starea clinică a pacientului tipul de locuință protejată spre care să fie îndreptat.

(2) Categoriile serviciilor medicale oferite persoanelor cu tulburări psihice din locuințele protejate sunt elaborate prin ordin comun al Ministerului Sănătății şi Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Art. 17

Autoritățile publice locale colaborează cu Ministerul Sănătății pentru a asigura spații adecvate pentru centrele de sănătate mintală.

Art. 18
Centrele de sănătate mintală şi staţionarele de zi pentru copii şi adolescenţi trebuie să aibă localizare intracomunitară, amenajări şi structuri specifice funcţiilor de prevenire, depistare precoce şi terapie complexă a tulburărilor psihice infantilo-juvenile şi ale familiei.

CAPITOLUL IV: DREPTURILE PERSOANELOR CU TULBURĂRI PSIHICE

Art. 19
(1) La internarea într-o unitate de îngrijire, pacienţii trebuie imediat informaţi asupra identităţii şi statutului profesional al personalului de îngrijire care le acordă asistenţă şi asupra regulamentului de ordine interioară, pe care trebuie să-l respecte pe durata internării.
(2) Medicul psihiatru trebuie să aducă la cunoştinţa pacientului care sunt alternativele de tratament şi îngrijire, riscurile şi efectele adverse ale aplicării programului terapeutic individualizat.
(3) Programul terapeutic individualizat elaborat de către echipa terapeutică, cu consimţământul pacientului, trebuie să cuprindă:
a) Descrierea naturii problemelor şi a nevoilor specifice ale pacientului;
b) Descrierea celor mai puţin restrictive condiţii de tratament necesare;
c) Descrierea obiectivelor tratamentului;
d) Specificarea responsabilităţilor personalului.
(4) Medicul specialist psihiatru este responsabil de monitorizarea implementării programului individualizat de tratament.
Art. 20
În aplicarea art. 26 din lege, în cazul necesităţii restrângerii libertăţii de mişcare a pacientului, cu scopul de a împiedica producerea unei vătămări pentru sine sau pentru o altă persoană trebuie respectate următoarele proceduri:
(a) Contenţionarea pacientului;
(b) Izolarea pacientului.
Art. 21
(1) Prin contenţionare, în sensul prezentelor norme, se înţelege restricţionarea libertăţii de mişcare a unei persoane prin folosirea unor mijloace adecvate pentru a preveni mişcarea liberă a unuia dintre braţe, a ambelor braţe, a unei gambe sau a ambelor gambe sau pentru a-l imobiliza total pe pacient, prin mijloace specifice protejate, care nu produc vătămări corporale.

(2) Contenționarea poate fi utilizată doar atunci când este necesară apărarea pacientului de propriile acțiuni care l-ar putea răni pe el sau pe ceilalți. Poate fi folosită doar dacă aplicarea celor mai puțin restrictive tehnici a fost neadecvată sau insuficientă pentru a preveni orice lovire sau vătămare.
(3) Contenționarea nu poate fi folosită ca pedeapsă sau ca mijloc de a suplini lipsa de personal sau de tratament.
(4) În aplicarea măsurii de restricționare a libertății de mişcare a pacientului trebuie depuse toate eforturile pentru evitarea durerii.
(5) Reprezentantul legal sau personal al pacientului trebuie informat cu privire la dispunerea unei măsuri de restricționare a libertății de mişcare a pacientului.
(6) Contenționarea trebuie efectuată numai în baza dispoziției scrise a medicului. Dispoziția medicului trebuie să detalieze factorii care au condus la contenționare şi să specifice natura contenționării. În dispoziție trebuie precizată ora la care măsura de contenționare a fost luată. Contenționarea nu poate dura mai mult de 4 ore.
(7) Măsura contenționării va fi menționată în foaia de observație a pacientului.
(8) Măsurile de contentionare aplicate pacienților, incluzând toate dispozițiile scrise ale medicului prin care s-a dispus măsura, se descriu în Registrul măsurilor de contentionare şi izolare aplicate pacienților.
(9) Registrul prevăzut la alin. (8) se păstrează în condiții de confidențialitate.
(10) Pe tot timpul contenționării, pacientul trebuie să fie monitorizat pentru a observa dacă nevoile sale fizice, de confort şi siguranța sunt îndeplinite. O evaluare a condițiilor pacientului trebuie realizată la cel puțin fiecare 30 de minute sau la intervale de timp mai scurte, dacă medicul o cere. Evaluarea trebuie înregistrată în foaia de observație a pacientului.

Art. 22

(1) Prin izolare se înțelege modalitatea de protejare a pacienților care reprezintă un pericol pentru ei înşişi sau pentru alte persoane. Această măsură trebuie aplicată cu maximă precauție şi numai în cazul în care orice altă modalitate s-a dovedit ineficientă.
(2) Măsura izolării poate fi aplicată numai dacă instituția psihiatrică dispune de o încăpere special prevăzută şi dotată în acest scop. Încăperea trebuie să ofere posibilitatea unei observări continue a pacientului, să fie iluminată şi aerisită în mod corespunzător, să aibă acces la toaletă şi lavator şi să fie protejată în aşa fel încât să prevină rănirea celui izolat. Nu pot fi izolate concomitent în aceeaşi încăpere mai multe persoane.

(3) Măsura izolării trebuie să fie aplicată pentru un timp cât mai scurt posibil. Măsura trebuie revizuită periodic la un interval de cel mult 2 ore. Pacientul şi/sau reprezentantul său legal va fi informat cu privire la măsura izolării şi despre procedura de revizuire periodică a măsurii.
(4) Pacientul va fi observat în timpul izolării conform unui program prevăzut de medicul care dispune măsura izolării.
(5) Pe perioada dispunerii măsurii izolării, pacientul va păstra îmbrăcămintea, precum şi orice articole de uz personal sau cu semnificaţie religioasă, cu excepţia situaţiei în care păstrarea acestora ar putea afectă siguranţa sa.
(6) Măsura izolării poate fi dispusă doar de medic, în aceleaşi condiţii ca şi cea a contenţionării.
(7) Măsura izolării trebuie menţionată în Registrul măsurilor de contenţionare şi izolare şi în foaia de observaţie a pacientului, cu îndeplinirea aceloraşi condiţii ca şi în cazul contenţionării.
(8) Măsura izolării nu trebuie folosită ca pedeapsă sau ca o formă de ameninţare.
(9) Măsura izolării nu poate fi parte a programului de tratament.

Art. 23

În aplicarea prevederilor art. 29 al legii se va folosi formularul pentru obţinerea consimţământului informat prezentat în Anexa 2.

Art. 24

(1) Toate informaţiile privind starea de sănătate a pacientului, condiţia sa medicală, diagnosticul, prognosticul şi tratamentul, precum şi alte informaţii de natură personală sunt confidenţiale, chiar şi după moartea pacientului.
(2) Informaţia confidenţială poate fi divulgată numai cu consimţământul explicit al pacientului sau când există dispoziţii judiciare exprese în acest sens. Consimţământul este presupus atunci când divulgarea se face către un alt membru al echipei terapeutice implicate în tratamentul pacientului.
(3) Toate datele de identitate ale pacientului trebuie protejate.
(4) Pacienţii au dreptul de a primi rezultatul în scris al diagnosticului, tratamentului şi îngrijirii lor la externarea dintr-o unitate de îngrijire.
(5) Nu este admisă intervenţia în viaţa particulară a pacientului sau în viaţa de familie decât în cazul în care, pe lângă consimţământul pacientului, aceasta poate fi justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului.
(6) Intervenţiile medicale pot fi efectuate numai atunci când există respectul necesar pentru intimitatea persoanei şi numai în prezenţa acelor persoane necesare intervenţiei respective, dacă pacientul nu a solicitat altfel.

Art. 25
(1) Toate unitățile care acordă îngrijiri de sănătate mintală au obligația să înființeze un registru special pentru înregistrarea tuturor plângerilor înaintate de către pacienți sau reprezentanții acestora.
(2) Conducerea unității are obligația să răspundă în scris la toate plângerile cu privire la încălcarea drepturilor pacienților.
(3) În registrul prevăzut la alin. (1) se consemnează şi modalitatea de soluționare a plângerilor.
Art. 26
Pacienții spitalizați fără consimțământul lor nu pot fi folosiți ca subiect de cercetare științifică.

CAPITOLUL V: INTERNAREA NEVOLUNTARĂ

Art.27
În termen de 30 zile de la intrarea în vigoare a prezentului ordin, Ministerul Sănătății desemnează prin ordin, la propunerea direcțiilor de sănătate publică şi cu avizul Comisiei de specialitate de psihiatrie, unitățile autorizate să efectueze internări nevoluntare.
Art. 28
(1) Medicul psihiatru care evaluează cazul şi stabileşte dacă pacientul are, în acel moment, posibilitatea să înțeleagă starea sa de boală, va explica într-un limbaj simplu şi pe înțelesul acestuia necesitatea internării în vederea acordării îngrijirilor de sănătate mintală, sub supraveghere medicală.
(2) În situația în care pacientul refuză internarea şi medicul consideră că sunt întrunite condițiile internării nevoluntare, medicul va informa pacientul, familia, reprezentantul personal sau legal, după caz, despre dreptul său de a contesta măsura internării nevoluntare, precum şi despre procedurile care trebuie urmate pentru contestarea acesteia.
Art. 29
(1) Solicitarea internării nevoluntare se formulează şi se semnează de către una dintre persoanele prevăzute la articolul 47 din lege, în momentul prezentării la camera de gardă a spitalului.
(2) Dacă solicitantul nu ştie să scrie, solicitarea de internare nevoluntară poate fi scrisă de echipa de gardă, pe baza relatărilor solicitantului, fapt care se va menționa, cu precizarea persoanei care a scris solicitarea şi datelor de identificare ale acesteia.

(3) În solicitarea prevăzută la alin. (1) trebuie descrise manifestările ce pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie sau a altora.

Art. 30

(1) Medicul de familie sau medicul specialist psihiatru care solicită internarea nevoluntară nu pot fi implicați în luarea deciziei de internare sau de revizuire periodică a internării nevoluntare.

(2) Persoanele care solicită internarea nevoluntară a unei persoane nu pot fi membri ai comisiei de revizie constituite pentru respectiva persoană.

Art. 31

(1) Transportul persoanei la spital fără consimțământul acesteia se poate face doar dacă refuză internarea voluntară și dacă există un pericol iminent de vătămare asupra sa sau a celor din jur.

(2) Personalul serviciilor care asigură transportul persoanei la spitalul psihiatric trebuie să menționeze lipsa consimțământului persoanei transportate într-un raport prezentat medicului psihiatru în momentul aducerii la spital în vederea internării.

(3) În raportul prevăzut la alin. (2) se menționează dacă a existat împotrivire din partea persoanei, care au fost măsurile adoptate, precum și medicația care a fost aplicată.

(4) Transportul persoanei la spital se face în condițiile cele mai puțin restrictive posibile asigurându-se respectarea integrității sale fizice, psihice și a demnității sale.

Art. 32

(1) Atunci când pacientul, reprezentantul său personal sau legal solicită externarea, dar sunt întrunite condițiile care justifică menținerea internării contra voinței, medicul psihiatru care are în îngrijire bolnavul declanșează procedura de internare nevoluntară.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), dacă nu există alt medic psihiatru care să hotărască internarea nevoluntară, medicul curant poate lua decizia de internare nevoluntară, ca măsură de urgenta, urmând confirmarea acesteia prin cadrul legal stabilit.

Art. 33

(1) În toate unitățile spitalicești nominalizate de către Ministerul Sănătății să efectueze internări nevoluntare, se constituie un registru unic de evidență centralizată a acestor cazuri și a documentației medico-juridice care stă la baza internării și susține legalitatea acesteia.

(2) Internarea nevoluntară se înregistrează în registrul unic de evidență a tuturor acestor cazuri, prevăzut la alin. (1), aici urmând a fi consemnate şi deciziile luate de către comisiile de revizie a acestei proceduri.
(3) Registrul prevăzut la alin. (1) cuprinde următoarele informații:
(a) numele, prenumele, profesia, vârsta şi domiciliul persoanei internate;
(b) data internării;
(c) numele, prenumele, profesia şi domiciliul persoanei care a cerut internarea;
(d) dacă este cazul, menționarea deciziei justiției (număr, dată, instanță) de punere sub tutelă, curatelă sau supraveghere;
(e) notificarea medicului care a internat nevoluntar bolnavul către directorul unității, cu menționarea numelui, prenumelui şi a gradului profesional;
(f) datele examinărilor de către comisia de revizie, cu componenta nominală şi decizia luată;
(g) data încetării internării şi starea la externare.

Art. 34

(1) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către directorul unității se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 3.
(2) Notificarea medicului care a internat nevoluntar pacientul către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 4.
(3) Notificarea comisiei de revizie a procedurii către parchetul de pe lângă instanța judecătorească competentă se va face folosind formularul prevăzut în Anexa 5.

BIBLIOGRAFIE

1. **Alexandrescu L.C.,** *Clasificarea stresului psihic*, Revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie şi Psihologie Medicală, 2-3/1993, Asociația Medicală Română, Bucureşti, 1993.
2. **Aspinwall L.G., Taylor, S.E**., *A Stitch in Rime: Self-regulation and Proactive Coping.* Psychological Bulletin, 121, 417-36 (1997).
3. **Atkinson R., Smith E., Bem D., Hilgard E**., *Introduction to Psychology*, 10th edition, Editura Cosmopress, Geneva, 1990.
4. **Avers T. S**., **Sandler I. N., West S. G**. **Roosa M.W.,** *A Dispositional and Situational Assessment of Children's Coping: Testing Alternative Models of Coping,* Journal of Personality, 64, 923-58 (1996).
5. **Ayers S.**, **Baum A, McManus C., Newman S., Wallston K., Weinman J., West R.,** *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Editura Cambridge University Press, New York, 2007.
6. **Baldwin R.C.**, **Chiu E.**, **Katona C.**, **Graham N.**, *Guidelines on Depression in Older People, Practising the Evidence*, Editura Martin Dunitz Ltd, London, 2002.
7. **Baltes M.M.,** *The Many Faces of Dependency*, Cambridge University Press. New York, 1997.
8. **Block S.**, **Chodoff P**., *Etică psihiatrică,* ediția a II-a, Oxford New-York, Melbourne Oxford University Press, 1991.
9. **Brandtstiidter J., Renner G.,** *Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping*. Psychology and Aging, 5 (1), 58-67, 1990.
10. **Cain J.**, *Psihanaliză şi psihosomatică*, Editura TREI, Iaşi, 1998.
11. **Coyne J.C., Gottlieb B.H.,** *The Mismeasure of Coping by Checklist*. Journal of Personality, 64, 959-91, 1996.
12. **Crow S.J., Mitchell, J.E.,** *Rational Therapy of Eating Disorders*. Drugs, 1994.
13. **Cuparencu B., Hotico TR., Macrea R., Rândaşu ST., Safta L., Secăreanu Al., sub redacția Sârbu Aurelia**, *Psihiatrie clinică*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1979.

14. **Desjarlais R.**, **Eisenberg L.**, **Good B.**, **Kleinman A.**, *World Mental Health, Problems and Priorities in Low – Income Countries*, Editura Oxford University Press, Inc., New York, 1995.
15. **Enăchescu C.**, *Tratat de igienă mintală*, ediţia a II-a, Editura Polirom, Iaşi, 2004.
16. **Folkman S., Moskowitz J.T**., *Positive Affect and the Other Side of Coping*., American Psychologist, 55, 647-54, 2000.
17. **Gelder M.**, **Gath D.**, **Mayou R.**, *Tratat de psihiatrie,* Oxford, ediţia a II-a, Editura Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, Bucureşti-Amsterdam, 1994.
18. **Goldberg R. J.**, *Ghid clinic de psihiatrie*, ediţia a II-a, Editura ALL, Bucureşti, 2001.
19. **Gorgos C.** (sub redacţia), *Dicţionar Enciclopedic de Psihiatrie*, vol. IV, Editura Medicală, Bucureşti, 1992.
20. **Haan N.,** *Coping and Defending: Processes of Self-environment Organization*, New York: Academic Press, 1977.
21. **Hamburg D.**, **Sartorius N.**, *Health and Behaviour, Selected Perspectives*, Cambridge University Press, 1989.
22. **Horney K.**, *Conflictele noastre interioare*, Editura IRI, Bucureşti, 1998.
23. **Ionescu G.**, *Tratat de psihologie medicală şi psihoterapie*, Editura „ASKLEPSIOS", Bucureşti, 1995.
24. **Lazarus R.,** *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future,* Psychosomatic Medicine**,** 55, 234-47, 1993.
25. **Lazarus R.,** *Toward Better Research on Stress and Coping*. American Psychologist, 55, 665-73, 2000.
26. **Lowe C., Nechas J**., *Whole Body Healing: Natural Healing with Movement, Exercise, Massage and Other Drug-Free Methods,* Emmaus, PA: Rodale Press, 1983.
27. **Murphy L., Moriarity A**., *Vulnerability, Coping, and Growth: from Infancy to Adolescence*, New Haven: Yale University Press. 1976.
28. **Nolen-Hoeksma S**., *Ruminative Coping with Depression*, în **J. Heckhausen & C. S. Dweck** (Eds.), *Motivation and Self-regulation Across the Life Span* (p. 237-56), Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
29. **Pearlin L.I., Schooler C.,** *The Structure of Coping*, Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21, 1978.
30. **Plozza B.L.**, **Poldinger W.**, **Kroger F.**, *Boli psiho-somatice în practica medicală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1996.
31. **Prelipceanu D.**, **Mihăilescu R.**, **Teodorescu R.**, *Tratat de sănătate mintală*, vol. I, Editura Enciclopedică, Bucureşti, 2000.

32. **Ptacek J.T., Smith R.E., Espe K., Rafferty B**., *Limited Correspondence Between Daily Coping Reports and Retrospective Coping Recall*, Psychological Assessment, 6, 41-9, 1994.
33. **Roth S., Cohen L.,** *Approach, Avoidance, and Coping with Stress*, American Psychologist**,** 41, 813-19, 1986.
34. **Sadock B., Sadock V.,** *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*, ediția a III-a, Editura Medicală, Bucureşti, 2001.
35. **Sadock B.J.**, **Sadock V.A.**, **Kaplan & Sadock**, *Terapie medicamentoasă în psihiatrie*, Editura Medicală Callisto, 2002.
36. **Skinner E.A**.. *Coping Across the Lifespan*, în **N. J. Smelser, P. B. Baltes** (Eds.-in-Chief), N. Eisenberg Vol. Ed... *Internațional Encyclopedia of the Social ar, Behavioral Sciences,* Elsevier: Oxford, UK, 2003.
37. **Snyder C.R**., *Coping: the Psychology of What Works*, New York: Oxford University Press, 1999.
38. **Soddy K.**, **Ahrenfeldt R.H.**, *Mental Health in a Changing World*, Tavistock Publications Limited, London, 1965.
39. **Tennen H., Affleck G., Armeli S., Carney M.A.,** *A Daily Process Approach to Coping: Linking Theory, Research, and Practice*, American Psychologist, 55, 626-36, 2000.
40. **Tudose C., Tudose F**., *Psihiatrie în practica medicală*, Editura Infomedica, Bucureşti, 2007.
41. **Tudose F.,** *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică şi medicală în practica psihologului*, Editura Fundației *România de Mâine*, Bucureşti, 2006.
42. **Tudose F.**, *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Editura Fundației *România de Mâine*, Bucureşti, 2007.
43. **Tudose F.**, **Tudose C.**, *Abordarea pacientului în psihiatrie, ghid de lucrări practice*, Editura Infomedica, Bucureşti, 2002.
44. **Valliant G. E.,** *Empirical Studies of Mechanisms of Defense***,** Washington, DC: American Psychiatric Association, 1986.
45. **White R.W.,** *Strategies of Adaptation; an Attempt at Systematic Description*, în **G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J. E. Adams** (Eds.). *Coping and Adaptation* (p. 47-68), New York: Basic Books, 1974.

Redactor: Octavian CHEȚAN
Tehnoredactare: Vasilichia IONESCU
Coperta: Cornelia PRODAN

Bun de tipar: 23.01.2008; Coli tipar: 10
Format: 16/61 × 86

Editura Fundaţiei *România de Mâine*
Bulevardul Timişoara, nr.58, Bucureşti, Sector 6
Tel./Fax:021/444 20 91; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro